



# **PREDICCIÓN DEL RIESGO DE REINCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS DE UNA MUESTRA DE MENORES DENTRO DEL SISTEMA DE JUSTICIA JUVENIL**

**TESIS DOCTORAL**

**DANIEL MARTÍN GUMERSINDO**

**Dirigida por:**

**DRA. AZUCENA GARCÍA PALACIOS**

**Castellón, Septiembre 2015**



## **AGRADECIMIENTOS**

A la Dra. Azucena García, por su confianza y apoyo constante, haciéndome disfrutar de esta aventura que es la investigación.

A la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, por autorizar la realización de esta investigación.

A la Fiscalía de Menores y al Equipo Técnico del Juzgado de Menores de Castellón, por su colaboración.

A Fundación Diagrama y al Director del Centro de Reeducción “Pi Gros”, Alberto López Marcos, por su implicación personal en esta tesis. A mis compañeros de Equipo Técnico, Laura, Óscar, y a Juanjo por sus acertadas orientaciones.

Al equipo de Medidas Judiciales de Medio Abierto de Castellón, por su ayuda en la recogida de datos.

A Soledad Jorge, psiquiatra del Hospital General Universitario de Castellón, por su estrecha colaboración en esta investigación y su genuino interés por estos menores.

A los menores del Centro de Reeducción “Pi Gros”, por aportarme a lo largo de todos estos años el mejor contexto de aprendizaje y motivación.

A David y Bea, gracias por vuestra ayuda durante estos últimos meses.

A mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional pese a la distancia.

A mis hijas, Emma y Mar.

A Cristina, mi esposa, la persona más especial que hay en mi vida, por su constante apoyo incondicional.





## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
1. EL SISTEMA DE JUSTICIA JUVENIL-----	21
1.1. Normas reguladoras y propósitos en los que se fundamenta la Ley Orgánica Reguladora de la Responsabilidad penal del menor. (L.O. 5/2000).....	21
1.2. Órganos que participan en la jurisdicción de menores y su competencia.....	23
1.3. Partes implicadas en el proceso penal de menores.....	29
1.4. Medidas susceptibles de ser impuestas a los menores.....	32
2. CONSIDERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS.....	37
3. APROXIMACIONES TEÓRICAS DE REFERENCIA.....	47
3.1. Teorías explicativas sobre la delincuencia.....	48
3.2. Teorías explicativas sobre la delincuencia desde la criminología del desarrollo.....	52
4. APORTACIONES DE INTERÉS A LA DELINCUENCIA DESDE EL ÁMBITO SOCIAL, PSICOLÓGICO Y CLÍNICO.....	61
4.1. Aportaciones desde el ámbito Social.....	61
4.2. Aportaciones desde el ámbito psicológico y clínico.....	70
4.3. Factores de riesgo y protección.....	96
5. LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE REINCIDENCIA.....	101
5.1. Modelo General de la Personalidad y el Aprendizaje Cognitivo-Social de la Conducta Criminal (Andrews y Bonta, 2010).....	103
5.2. La evaluación del riesgo de reincidencia mediante el empleo de escalas actuariales.....	108
5.3. Evaluación de características clínicas y psicopatológicas en delincuencia juvenil.....	121
<b>CAPÍTULO 2: ESTUDIO EMPÍRICO.....</b>	<b>135</b>
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....	137
2. MÉTODO.....	139
2.1. Participantes.....	139
2.2. Instrumentos.....	146
2.3. Procedimientos.....	157
3. RESULTADOS.....	161

3.1. Descripción de la muestra en la variables objeto de estudio.....	161
3.1.1. CRIM-M.....	161
3.1.2. IGI-J.....	170
3.1.3. MACI.....	173
3.2. Relación entre las variables objeto de estudio.....	179
3.2.1. Comparaciones entre grupos.....	179
3.2.2. Análisis de la relación entre la puntuación total del IGI-J y las variables de interés clínico del CRIM-M y MACI.....	196
3.2.3. Análisis de Regresión múltiple.....	200
4. DISCUSIÓN.....	205
5. CONCLUSIONES.....	217
6. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	219
7. ANEXOS.....	239

## Índice de Figuras

Figura 1: Datos oficiales delincuencia juvenil 1995-2007.....	39
Figura 2: Fuentes de riesgo del Modelo del Triple Riesgo Delictivo . Fuente: Redondo (2008b).....	59
Figura 3: Perspectiva General Psicológica, Social y de la Personalidad de la Conducta Criminal, adaptado de Andrews y Bonta (2010).....	105
Figura 4: Juzgados de procedencia de los menores con medidas de internamiento de la muestra.....	139
Figura 5. Distribución de la muestra en función de la edad.....	140
Figura 6. Nacionalidades de la muestra.....	140
Figura 7. Nacionalidades de los menores extranjeros.....	140
Figura 8. Tipos de unidad de convivencia donde reside el menor antes del inicio de la ejecución de la medida judicial.....	141
Figura 9. Tipos de actividad económica.....	142
Figura 10. Nivel de estudios/instrucción de los progenitores.....	142
Figura 11. Problemáticas asociadas.....	143
Figura 12. Expedientes en Servicios de Protección y tutela.....	144
Figura 13. Expedientes en el Servicio de Familia.....	144
Figura 14. Distribución de la muestra en la variable vinculación a recursos escolares o formativos previamente al inicio de la medida judicial.....	145
Figura 15. Distribución de la muestra en la variable repetir cursos escolares.....	145
Figura 16. Porcentaje de la muestra de menores que trabajaban durante el cumplimiento de la medida judicial.....	146
Figura 17. Medida actual en ejecución.....	163
Figura 18. Distribución de la muestra en función del tipo de delito: violento vs no violento.....	165
Figura 19. Número de internamientos previos en centros de reeducación.....	165
Figura 20. Consta informe diagnóstico de salud mental en Expediente.....	166
Figura 21. Procedencia de informes diagnósticos.....	166
Figura 22. Porcentajes de menores con necesidades de salud mental detectada.....	167
Figura 23. Distribución de la muestra en función del nivel de riesgo de reincidencia.....	170
Figura 24. Distribución de la muestra en función del nivel de riesgo de reincidencia en las áreas específicas del IGI-J.....	172
Figura 25. Distribución muestra en TB (75-84) y TB (85-115) en las Escalas de Personalidad (MACI).....	175
Figura 26. Distribución muestra en TB (75-84) y TB (85-115) en las Escalas de Preocupaciones Expresadas (MACI).....	176
Figura 27. Distribución muestra en TB (75-84) y TB (85-115) en las Escalas de Síndromes clínicos (MACI).....	178

## Índice de Tablas

Tabla 1: Evolución número de expedientes de Fiscalía incoados a menores durante el periodo 2008-20013.....	40
Tabla 2: Evolución de los menores condenados (2007-2013) Instituto Nacional de Estadística.....	41
Tabla 3: Total de medidas impuestas por los Juzgados de Menores a nivel nacional Fuente: Estadísticas de Condenados: Menores, Instituto Nacional de Estadística.....	43
Tabla 4: Factores de riesgo personales asociados a riesgo de conducta antisocial y delictiva Fuente: Redondo y Martínez-Catena (2012).....	97
Tabla 5: Factores de riesgo sociales asociados a riesgo de conducta antisocial y delictiva. Fuente: Redondo y Martínez-Catena (2012).....	97
Tabla 6: Factores de protección de la conducta antisocial y delictiva. Fuente: Redondo y Martínez-Catena (2012).....	99
Tabla 7. La superioridad de las evaluaciones actuariales de riesgo. Fuente:(Garrido et al., 2006:81).....	109
Tabla 8. Delito actual en la muestra (N=151).....	162
Tabla 9. Número total de expedientes judiciales por menor.....	164
Tabla 10: Trastornos de salud mental identificados en la muestra.....	168
Tabla 11: Rangos, medias y DT de las áreas del IGI-J.....	171
Tabla 12: Datos descriptivos de la muestra en Rasgos prototípicos de personalidad.....	174
Tabla 13: Datos descriptivos de la muestra en Preocupaciones Expresadas.....	175
Tabla 14: Datos descriptivos de la muestra en Síndromes Clínicos.....	177
Tabla 15: Comparación grupos Reincidente vs. No reincidente en el CRIM-M.....	180
Tabla 16: Comparación grupos Reincidente vs. No reincidente en el IGI-J.....	181
Tabla 17: Comparación grupos Reincidente vs. No reincidente en el MACI (Rasgos Personalidad).....	182
Tabla 18: Comparación grupos Reincidente vs. No reincidente en el MACI (Preocupaciones Expresadas).....	183
Tabla 19: Comparación grupos Reincidente vs. No reincidente en el MACI (Síndromes Clínicos).....	184
Tabla 20: Comparación grupos No violento vs. Sí violento en el CRIM-M.....	186
Tabla 21: Comparación grupos No violento vs. Sí violento en el IGI-J.....	187
Tabla 22: Comparación No violento vs. Sí violento en el MACI (Rasgos Personalidad).....	187
Tabla 23: Comparación grupos No violento vs. Sí violento en el MACI (Preocupaciones Expresadas).....	188
Tabla 24: Comparación grupos No violento vs. Sí violento en el MACI (Síndromes Clínicos).....	189
Tabla 25: Comparación grupos Internamiento vs. Medio Abierto en el CRIM-M.....	191
Tabla 26: Comparación grupos Internamiento vs. Medio Abierto en el IGI-J.....	192

Tabla 27: Comparación grupos Internamiento vs. Medio Abierto en el MACI (Rasgos Personalidad).....	193
Tabla 28: Comparación grupos Internamiento vs. Medio Abierto en el MACI (Preocupaciones Expresadas).....	194
Tabla 29: Comparación grupos Internamiento vs. Medio Abierto en el MACI (Síndromes Clínicos).....	194
Tabla 30: Correlaciones IGI Total- CRIM-M.....	196
Tabla 31: Correlaciones IGI Total- Rasgos Personalidad (MACI).....	197
Tabla 32: Correlaciones IGI Total- Preocupaciones Expresadas (MACI).....	198
Tabla 33: Correlaciones IGI Total- Síndromes Clínicos (MACI).....	198
Tabla 34: Análisis de regresión paso a paso (Stepwise) que muestra los mejores predictores de la reincidencia total NR-Total respecto a las variables del CRIM-M: Delitos violentos en el historial, delitos no violentos, internamientos previos, n° total de expedientes judiciales y número de problemas de salud mental.....	200
Tabla 35: Análisis de regresión paso a paso (Stepwise) que muestra los mejores predictores de la reincidencia total NR-Total respecto a las variables de personalidad del MACI.....	201
Tabla 36: Análisis de regresión paso a paso (Stepwise) que muestra los mejores predictores de la reincidencia total NR-Total respecto a las variables del apartado Preocupaciones Expresada del MACI.....	202
Tabla 37: Análisis de regresión paso a paso (Stepwise) que muestra los mejores predictores de la reincidencia total NR-Total respecto a las variables del área Síndromes Clínicos del MACI.....	202
Tabla 38: Análisis de regresión paso a paso (Stepwise) que muestra los mejores predictores de la reincidencia total NR-Total respecto a las variables del CRIM-M y las variables del MACI (rasgos, preocupaciones expresadas y síndromes clínicos).....	203



# **INTRODUCCIÓN**





El concepto de menores infractores o delincuentes juveniles se circunscribe a aquellos jóvenes que han cometido un delito y consecuentemente se ven integrados dentro del sistema judicial juvenil. En nuestro país, dicha legislación penal, que comprende desde los 14 años (minoría de edad penal) hasta los 18 (mayoría de edad penal), se ve representada en la vigente Ley Orgánica 8/2006, reforma última de la LO 5/2000, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores (BOE de 13 de enero de 2000) [LORPM].

El objetivo último que persigue dicha ley penal del menor se orienta a la no reincidencia de dichos jóvenes en conductas infractoras. Para ello, desde este marco de justicia juvenil, las medidas judiciales susceptibles de ser impuestas son concebidas como un sistema de respuesta sancionador, con un tratamiento primordialmente educativo que permita una adecuada integración social de estos menores.

Reducir la reincidencia de estas conductas antinormativas requiere una profunda evaluación tanto de los diversos comportamientos disruptivos, como de aquellas variables socio-familiares e individuales que frecuentemente se asocian a estos jóvenes. Sabemos que un reducido grupo de jóvenes suele ser el responsable de la mayoría de los delitos violentos que se comenten en un determinado territorio (Bechtel, Lowenkamp y Latessa, 2007; Farrington, 2008b; Henggeler, 1989), lo que reflejaría la alta incidencia de conductas antisociales por parte de un porcentaje reducido de jóvenes.

Si atendemos a los delitos que implican una mayor violencia, los más frecuentes serían aquellos asociados a robos con violencia e intimidación, seguidos de las agresiones y lesiones, presentando tasas inferiores aquellas conductas delictivas asociadas a delitos contra la libertad sexual y los homicidios. Del mismo modo, durante estos últimos años también estamos asistiendo a la aparición de nuevos fenómenos delictivos, como las agresiones dentro del ámbito familiar por parte de menores y la aparición de problemas de conducta asociados al consumo de drogas que progresivamente registra edades de inicio mucho menores.

En cuanto a las variables biológicas, sociales e individuales asociadas al desarrollo de la delincuencia juvenil, existe una gran diversidad de propuestas teóricas que han efectuado importantes aportaciones en la comprensión de este fenómeno (ver

Redondo y Garrido 2013). No obstante, dado que los menores infractores constituyen un grupo heterogéneo, las aproximaciones explicativas desde perspectivas reduccionistas han resultado infructuosas, generando explicaciones parciales. Es por ello, que desde el actual paradigma de la criminología del desarrollo se destaca la importancia de los modelos integradores, así como la relevancia dentro de ellos de las explicaciones acerca de los procesos de interacción entre los factores de riesgo y protección, y su contextualización en el curso del desarrollo evolutivo.

Considerar como elemento central la propia etapa de la adolescencia constituye todo un acierto, pues añade variables explicativas que mejoran la comprensión de esta realidad compleja que se encuentra determinada por múltiples factores. Este periodo del desarrollo evolutivo o etapa de transición hacia la adultez comporta numerosos cambios físicos, psicológicos y sociales que no están exentos de inestabilidad. De hecho, las actuales condiciones de nuestra sociedad están produciendo un alargamiento de esta etapa que comporta una mayor permanencia por parte de nuestros adolescentes en el desarrollo de conductas de exploración y riesgo, tales como el consumo de sustancias y la propia conducta delictiva objeto de investigación en esta tesis.

La literatura científica relacionada con la identificación de los factores de riesgo y protección de los adolescentes que presentan problemas de conducta, y particularmente en trayectorias delictivas es abundante (Case y Haines, 2009; Farrington, 2008c). Estos factores de riesgo han sido estudiados de un modo extenso a través de diversos estudios longitudinales, y posteriormente analizados mediante meta-análisis (Andrews y Bonta, 2006, 2010), lo que ha permitido conocer mejor los perfiles de riesgo o características que más frecuentemente presentan los menores que se implican en conductas delictivas, al tiempo que también han facilitado el desarrollo de instrumentos específicos de detección y predicción del riesgo de reincidencia.

En cuanto a las características más frecuentemente detectadas por la investigación como predictoras de riesgo (Redondo y Martínez-Catena, 2012), destacan la presencia de problemáticas en el seno de las familias (dificultades tanto en el plano socioeconómico, como en sus estructuras y dinámicas funcionales, etc.), desempeños inadecuados en el contexto escolar (bajo rendimiento, absentismo escolar y conductas disruptivas), negativa influencia que puede ejercer el grupo de iguales (pocos modelos

positivos, amigos delincuentes, siendo la participación en actividades antisociales con dicho grupo un potente factor predictor), así como la presencia de un conjunto de variables de tipo personal relacionadas con la impulsividad, problemas de atención e hiperactividad, baja tolerancia a la frustración, conducta disruptiva (mentir y engañar, agresión a otros, consumo de drogas, etc.), pobres habilidades interpersonales, déficits cognitivos (baja empatía, pobre razonamiento moral, baja autoestima), así como problemas de inteligencia y habilidades de aprendizaje.

La detección de este perfil de riesgo de manifestar conductas antisociales revela la existencia en este grupo de jóvenes de marcadas dificultades de ajuste a sus respectivos contextos. Del mismo modo, el conocimiento del valor predictivo de estas variables se traduce en la necesidad de implementar políticas de detección temprana e intervención precoz. Igualmente constituyen criterios u objetivos de intervención en aquellos adolescentes sujetos a una medida judicial, dentro de sus respectivos programas individualizados de ejecución de medida.

Es en relación a este último punto, el circunscrito a las necesidades de intervención de los menores que están cumpliendo una medida judicial, al que se dirige esta tesis. Particularmente, en el presente trabajo se pretende analizar la necesidad de incorporar, por parte de todos los profesionales implicados en la evaluación del riesgo de reincidencia y toma de decisiones respecto a medidas y necesidades de intervención, procedimientos de evaluación del riesgo fiables y con una robusta validez predictiva.

Con este propósito, para evaluar la predicción del riesgo de reincidencia de una muestra de menores sujetos a una medida judicial, se ha utilizado el Inventario de Gestión e Intervención para jóvenes (IGI-J), adaptación del YLS/CMI de Hoge y Andrew (2002). A efectos de confirmar la validez de este instrumento, y dada cuenta que nuestro estudio es de carácter transversal, evaluaremos este aspecto en función de la reincidencia real (medida retrospectiva de la reincidencia delictiva).

Se ha considerado de interés emplear este inventario, porque junto al hecho de que las múltiples investigaciones internacionales y nacionales respaldan su robusta capacidad predictiva, constituye el principal instrumento de evaluación del Equipo Técnico del Juzgado de Menores de Castellón, y de los profesionales de Fundación

Diagrama que ejecutan medidas judiciales de medio abierto e internamiento en Castellón, resultando adecuado valorar su idoneidad.

Junto a la evaluación del riesgo de reincidencia, esta tesis también tiene por objetivo explorar las necesidades de salud mental presentes en esta población, y comprobar en qué medida estos problemas se relacionan con la conducta delictiva, así como con la reincidencia. La literatura científica constata una alta prevalencia de trastornos mentales entre los jóvenes infractores, particularmente en el grupo de reincidentes, que también suelen protagonizar delitos más graves. En estos se suelen detectar una combinación de problemas de conducta, tales como el trastorno disocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y abuso de drogas (Brunelle et al. 2012; Kenny y Schereiner, 2009; Rayner, et. al., 2005).

En este sentido, nos proponemos explorar las necesidades de salud mental de una muestra de menores que ejecutan una medida judicial, tanto en un centro de reeducación como en un dispositivo de medio abierto. Para ello utilizaremos la información de salud mental recogida en los expedientes de los menores, junto al empleo del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI). Este inventario permite valorar las características o rasgos de personalidad, síndromes clínicos, así como el tipo de preocupaciones que suelen expresar este grupo de adolescentes.

Ambas fuentes de datos, los relativos al riesgo de reincidencia y las necesidades de salud mental, consideramos comportan una información valiosa a tener en cuenta en la individualización de la intervención o necesidades de tratamiento que requieren estos menores de cara a reducir el riesgo de reincidencia, y particularmente sus condiciones de vulnerabilidad que dificultan su capacidad de ajuste.

Esta tesis doctoral se compone de dos partes fundamentales. La primera de ella la constituye el marco teórico en el que se revisarán las bases teóricas del tema que nos ocupa, la problemática de la delincuencia juvenil, el riesgo de reincidencia y los factores asociados al mismo, centrándonos sobre todo en los factores psicosociales y más en concreto en las necesidades de salud mental. La segunda parte es un estudio empírico en el que se expondrá el estudio realizado en una muestra de menores infractores de la Comunidad Valenciana cuyo objetivo fundamental es explorar la relación entre el nivel

de riesgo de reincidencia y variables psicopatológicas en una muestra de menores infractores que se encuentran dentro del sistema judicial.



## **CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO**

|





## **1. EL SISTEMA DE JUSTICIA JUVENIL**

### **1.1. Normas reguladoras y propósitos en los que se fundamenta la Ley Orgánica Reguladora de la Responsabilidad Penal del Menor. (L.O. 5/2000)**

Con anterioridad a la implementación de la actual Ley Orgánica Reguladora de la Responsabilidad Penal del Menor (LORPM) de 12 de enero de 2000, la ley de menores vigente en España se remonta a la Ley de Tribunales Tutelares de Menores del año 1948. Esta ley se modificó parcialmente en 1992, entre otras razones, fundamentalmente a raíz de la declaración de inconstitucionalidad de su artículo 15 por parte del Tribunal Constitucional, dando lugar a la Ley Reguladora de la Competencia y el Procedimiento de los Juzgados de Menores (ley 4/92). El contenido de dicho artículo suponía una extinción de las garantías procesales, al regularse tal proceso sin la intervención de abogado defensor y sin las prácticas probatorias correspondientes a efectos de indagar acerca de la culpabilidad del menor (Garrido et. al. 2006).

La ley de 4/92, tal y como refleja en su exposición de motivos, se presenta como una ley de carácter urgente que anticipa la llegada de una renovada legislación sobre reforma de menores, aspecto que posteriormente se materializará con la LORPM 5/2000. No obstante, en esta ley de urgencia ya se establece un marco flexible para que los Juzgados de Menores puedan determinar las medidas aplicables a los menores que hayan realizado hechos susceptibles de ser tipificados como infracciones penales, pero siempre sobre la base de valorar especialmente el interés del menor, así como disponiendo de todas las garantías derivadas del ordenamiento constitucional.

La vigente Ley Orgánica 8/2006, reforma última de la LO 5/2000, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores (BOE de 13 de enero de 2000) [LORPM], se inspira en las modificaciones reseñadas de la ley de menores que la precede, y constituye la respuesta material a esa promesa recogida en su propia exposición de motivos (punto 2 ), donde refiere que “es evidente la oportunidad de la presente Ley Orgánica, que constituye esa necesaria reforma legislativa, partiendo de los principios básicos de superior interés del menor, las garantías de nuestro ordenamiento

constitucional, y de las normas de Derecho Internacional, con particular atención a la citada Convención de los Derechos del Niño de 20 de noviembre de 1989, y esperando responder de este modo a las expectativas creadas en la sociedad española...).

Otro de los aspectos de interés que se recogen en la actual ley, dentro del apartado exposición de motivos, hace referencia a que (punto 7) “La presente Ley Orgánica tiene ciertamente la naturaleza de disposición sancionadora, pues desarrolla la exigencia de una verdadera responsabilidad jurídica a los menores infractores, aunque referida específicamente a la comisión de hechos tipificados como delitos o faltas por el Código Penal y las restantes leyes penales especiales. Al pretender ser la reacción jurídica dirigida al menor infractor una intervención de naturaleza educativa, aunque desde luego de especial intensidad, rechazando expresamente otras finalidades esenciales del Derecho penal de adultos, como la proporcionalidad entre el hecho y la sanción o la intimidación de los destinatarios de la norma, se pretende impedir todo aquello que pudiera tener un efecto contraproducente para el menor, como el ejercicio de la acción por la víctima o por otros particulares” ( Cervelló, 2009).

Tal y como refiere Garrido et al (2006), esta tendencia que inspira tanto a nuestro sistema de justicia juvenil como en el resto de Europa se orienta a la búsqueda del equilibrio entre la finalidad de proporcionar un castigo contingente a la conducta delictiva, así como una finalidad educativa o de tratamiento. En el primer caso, el castigo responde a la pretensión de que el menor infractor se haga “responsable” de las consecuencias derivadas de su conducta delictiva, ofreciéndole en segundo lugar las respectivas oportunidades educativas que eviten su posterior reincidencia, al favorecer un aprendizaje de aquellas “competencias” que permitirán su posterior inclusión social satisfactoria. Ambos objetivos planteados por la LORPM (5/2000), castigo (asunción de responsabilidad) e intervención educativa (adquisición de competencia) se pretenden lograr a través de la aplicación de las correspondiente medidas que recoge esta ley.

Si bien, tal y como ya hemos reflejado con anterioridad, el principio de superior interés del menor resulta determinante tanto durante el procedimiento como en relación a las medidas que se adopten, la LORPM (5/2000) especifica cómo se ha de valorar dicho interés, recogiendo en su exposición de motivos (punto 7) “Interés que ha de ser valorado con criterios técnicos y no formalistas por equipos de profesionales

especializados en el ámbito de las ciencias no jurídicas, sin perjuicio desde luego de adecuar la aplicación de las medidas a principios garantistas generales tan indiscutibles como el principio acusatorio, el principio de defensa o el principio de presunción de inocencia”.

## 1.2. Órganos que participan en la jurisdicción de menores y su competencia.

En primer lugar, distinguiremos entre los órganos que participan en la jurisdicción de menores y su competencia (Gómez, 2002).

### ○ **Juzgados de Menores**

Entre las funciones de los Juzgados de Menores se encuentran las siguientes:

- Pronunciarse sobre la responsabilidad penal derivada de los hechos cometidos por personas de edades comprendidas entre los 14 y los 18 años.
- Pronunciarse sobre la responsabilidad civil de los mismos por los daños y perjuicios que hubiera ocasionado el menor con la comisión del delito o la falta.
- Velar por el cumplimiento y la ejecución de las sentencias que dicten.

Los tipos de competencias que presentan son los siguientes:

La **competencia funcional** corresponde a los Jueces de Menores, Magistrados especialistas en materia de menores pertenecientes a la Carrera Judicial, quienes serán competentes, en primera instancia, para conocer de los hechos delictivos cometidos por los menores, y para resolver sobre la responsabilidad civil derivada del delito.

La **competencia material** abarca a todo delito o falta tipificado en el Código Penal o leyes penales especiales cometido por cualquier persona mayor de 14 años y menor de 18 (artículo 1.1 LORPM).

Respecto de la **competencia territorial**, como regla general la competencia corresponderá al Juez de Menores del “lugar donde se haya cometido el hecho delictivo”, excepto en los supuestos de delitos conexos cometidos en diferentes

territorios, en cuyo caso el criterio de competencia que regirá será el del *domicilio del menor*.

Subsidiariamente, será competente el Juzgado del lugar en el que se hubiese cometido el delito castigado legalmente de forma más severa, y si todos los delitos cometidos tuviesen el mismo castigo, por el primero que comenzara la causa. Si las causas hubieran comenzado al mismo tiempo o no consta cual comenzó primero, el que la Audiencia o el Tribunal Supremo en su caso designen.

Los Jueces de Menores que hayan dictado la sentencia correspondiente, tendrán también el control de la ejecución de las medidas previstas en la Ley, recayendo la competencia para la ejecución de las medidas adoptadas por los Jueces de Menores en las Entidades Públicas (son las Consejerías de las Comunidades Autónomas y en las ciudades de Ceuta y Melilla).

En **segunda instancia**, contra las sentencias dictadas por el Juez de Menores se podrá interponer recurso de apelación ante la Audiencia Provincial correspondiente (artículo 41.1 LORPM).

La LO 7/2000, introdujo una importante novedad en la LORPM, al atribuir la competencia por los delitos cometidos por los menores relacionados con el terrorismo, al Juzgado Central de Menores de la Audiencia Nacional, rompiendo con el principio de proximidad territorial entre el órgano de enjuiciamiento y el lugar de realización de los hechos. Se excluye de la competencia objetiva de los Jueces de Menores la materia de terrorismo y se atribuye a un órgano que se integra en la estructura de la Audiencia Nacional, centralizando la competencia de los delitos de terrorismo, independientemente de la edad de los autores.

#### ○ **Fiscalía de Menores**

El Fiscal de Menores es aquel a quien corresponde la defensa de los derechos de los menores, la vigilancia de las actuaciones que deban realizarse en interés del menor y el cumplimiento de las garantías del procedimiento contra el menor, dirigiendo personalmente la investigación de los hechos e impulsando el procedimiento.

Cualquier persona puede acudir a la Fiscalía para denunciar hechos presuntamente cometidos por menores o para poner en conocimiento de la Fiscalía situaciones que puedan afectar la integridad física o psíquica del menor.

- Entre las funciones de la Fiscalía de Menores se encuentran las siguientes:

El Ministerio Fiscal es el encargado de llevar a cabo la instrucción de los procedimientos por los hechos delictivos cometidos por menores. Si algún ciudadano tuviera conocimiento de algún hecho delictivo presuntamente cometido por un menor de dieciocho años, deberá ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal. Éste será el encargado de admitir o no a trámite la denuncia, según que los hechos sean o no constitutivos de delito, y practicará las diligencias que sean necesarias para la comprobación del hecho y de la responsabilidad del menor.

La actuación instructora del Ministerio Fiscal tendrá como objeto tanto valorar la participación del menor en los hechos, como proponer las concretas medidas de contenido educativo y sancionador adecuadas a las circunstancias del hecho y de su autor y, sobre todo, al interés del propio menor valorado en la causa.

El Ministerio Fiscal no podrá practicar por sí mismo diligencias restrictivas de derechos fundamentales (como registro de domicilio, escuchas telefónicas...), sino que tiene que solicitar del Juzgado de Menores las prácticas que sean precisas para el buen fin de las investigaciones, y será la Autoridad Judicial quien las autorice o no.

El expediente será notificado al menor desde el momento mismo de su incoación. A tal fin, el Fiscal requerirá al menor y a sus representantes legales para que designen letrado en el plazo de tres días, advirtiéndoles que, de no hacerlo, se le nombrará de oficio de entre los integrantes del turno de especialistas del correspondiente Colegio de Abogados. Una vez producida dicha designación, el Fiscal la comunicará al Juez de Menores.

#### ○ **Equipos Técnicos**

El Equipo Técnico es un órgano auxiliar de la Administración de Justicia, compuesto por expertos que aportan sus conocimientos para la realización de la justicia

juvenil. Los Equipos Técnicos están formados por Educadores, Trabajadores Sociales y Psicólogos, expertos en ciencias de la conducta.

Su dependencia funcional no está del todo clara. Durante la instrucción del Expediente dependen del Ministerio Fiscal, pero en no pocas ocasiones, también dependen del propio Juzgado de Menores.

- Entre las funciones de los Equipos Técnicos se encuentran las siguientes:
  - Informar respecto del contenido de las medidas de Internamiento y de Libertad Vigilada (artículo 7.2 LORPM).
  - Informar en la imposición de varias medidas, para sustituir todas o alguna de ellas, o establecer su cumplimiento sucesivo; así como para la modificación de la medida impuesta o dejarla sin efecto (artículo 13, y 51 LORPM).
  - Dar asistencia psicológica a los menores detenidos y a aquellos a los que se les ha incoado expediente cuando lo requieran (artículo 17.3 y 22.1 f LORPM).
  - Actuar de mediadores entre las entidades tanto públicas como privadas o personas que conozcan al menor y la instancia judicial, recabando de aquellos la información relevante relativa al menor, complementándola con la exploración que se lleva a cabo directamente con el menor y su familia en la Fiscalía o el Juzgado de Menores, con el fin de preservar la imparcialidad e independencia de los Informes y de las orientaciones socioeducativas.
  - Ser oído en la adopción de las medidas cautelares e informar sobre su naturaleza y sobre el cumplimiento en establecimiento penitenciario caso de mayoría de edad (artículo 14 y 28 LORPM).
  - Asistir a las Comparecencias y Audiencias para responder a cuantas cuestiones les sean planteadas, para informar sobre las circunstancias del menor y sobre la procedencia de las medidas propuestas. Igualmente podrá informar sobre si el interés del menor aconseje que éste o sus representantes legales abandonen la sala (artículo 35 y 37 LORPM).
  - Asesorar al Ministerio Fiscal y Juzgado sobre si el menor se encuentra en situación de enajenación mental o en cualquiera otra circunstancia prevista en los apartados 1.º, 2.º ó 3.º del artículo 20 del Código Penal. En su caso, también sobre la medida terapéutica adecuada al interés del menor de entre las previstas en la Ley Reguladora de la Justicia de Menores.

- Ser oído por el Juez para suspender la ejecución del fallo y recomendar una actividad socioeducativa durante el plazo de la suspensión (artículo 40 LORPM).
- Asistir, cuando se le requiera, a la vista pública ante la Audiencia Provincial que deba resolver recursos de apelación contra las sentencias de los Jueces de Menores en los casos que haya intervenido (artículo 41 LORPM).
- Asesorar sobre la ejecución, seguimiento de las medidas y permisos de salida.
- Informar a las entidades que deban ejecutar las medidas sobre aspectos que deriven en un mayor beneficio para el menor.

El informe elaborado por el Equipo Técnico es una comunicación profesional, ordenada e individualizada de la información relevante obtenida en la evaluación. Se trata de un informe global donde participan el Psicólogo, el Educador y el Trabajador Social del Equipo Técnico por lo que las valoraciones y conclusiones han de estar en sintonía con el conjunto. Se trata de un informe técnico, cuyos destinatarios son el Ministerio Fiscal, el Juzgado de Menores y el Letrado Defensor. Es un informe preceptivo, obligatorio, según la Ley, pero no vinculante. Las orientaciones que contenga no obligan a que sean adoptadas.

#### ○ **Policía Judicial**

En el Cuerpo Nacional de Policía y en la Guardia Civil los especialistas en materia de menores se integran en Grupos o Equipos especializados de policía judicial, GRUME y EMUME respectivamente.

Con respecto de las Policías Autonómicas con competencias generales plenas para la protección de personas y mantenimiento del orden público, incluyendo las competencias integrales de la Policía Judicial específica, podrán existir los Equipos de Especialistas de Menores que determinen las correspondientes autoridades regionales

Las actuaciones policiales de vigilancia, custodia y traslado de menores serán realizadas por los cuerpos de policía autonómica o, en su caso, por las unidades adscritas del Cuerpo Nacional de Policía, en sus ámbitos territoriales de actuación.

La Policía Judicial actúa en la investigación de los hechos cometidos por menores que pudieran ser constitutivos de delitos o faltas, bajo la dirección del Ministerio Fiscal.

Los Grupos o Equipos de la Policía Judicial especializados en materia de menores tendrán las siguientes competencias:

- Competencias de los grupos o equipos de la Policía Judicial especializada en materia de menores:
  - Hacerse cargo de la investigación criminal y asistencia a las víctimas en aquellos casos que revistan cierta gravedad y donde estén implicados menores de edad, sean víctimas o autores de infracciones penales.
  - En tareas de protección, el tratamiento de los menores de 18 años en situación de riesgo o desamparo, y los menores de 14 años infractores penales.
  - Informar, asesorar y, en su caso, apoyar al resto de unidades policiales sobre cualquier problemática en materia de menores.
  - Establecer canales de comunicación permanentes con la correspondiente Fiscalía de Menores, dando cumplimiento a las instrucciones generales o particulares que dicho órgano fiscal les dirija.
  - Propiciar y mantener el contacto con Instituciones y Asociaciones relacionadas con este ámbito de actuación, al objeto de favorecer la adopción de medidas de carácter preventivo y asistencial.
  - Intervenir, en exclusiva o en colaboración con la Unidad competente, en aquellos otros supuestos que determinen las Direcciones Adjuntas Operativas del Cuerpo Nacional de Policía y de la Guardia Civil en sus respectivos ámbitos de competencia.

La actuación policial se ajustará al procedimiento específico regulado en la LORPM, y en su Reglamento de desarrollo, en las demás leyes y normas aplicables, en las instrucciones recibidas de jueces y fiscales.



### 1.3.Partes implicadas en el proceso penal de menores.

- El menor infractor

La responsabilidad penal de menores prevista en la LORPM se exige a las personas **mayores de catorce años y menores de dieciocho** por la comisión de hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o en las leyes penales especiales.

No se aplica la LORPM a los menores de catorce años que cometiesen esos mismos hechos. A los menores de catorce años les son de aplicación otras normas de protección y educación de menores previstas en el Código Civil y en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero sobre protección jurídica del menor, debiendo dar cuenta a la Entidad Pública que tenga atribuida la competencia sobre menores en la Comunidad Autónoma de que se trate para que adopte medidas tendentes a la reeducación y protección del menor de 14 años que hubiera observado una conducta reprochable.

Tras la reforma de la LORPM por la LO 8/2006, de 4 de diciembre, es importante tener en cuenta como refiere Dolz (2007), que se suprime definitivamente la posibilidad contemplada en el artículo 69 del Código penal y en el artículo 4 original de la LORPM, de aplicar la Legislación penal de menores a los jóvenes-adultos comprendidos entre 18 y 21 años.

A los mayores de 18 años que cometan hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o en las leyes penales especiales se les aplica el Código Penal.

Las edades indicadas se han de entender siempre referidas al momento de la comisión de los hechos, sin que el haberse rebasado las mismas antes del comienzo del procedimiento o durante la tramitación del mismo tenga relevancia a los efectos de la aplicación de la LORPM (artículo 5.3 LORPM).

- El Ministerio Fiscal

Con respecto a las partes penales, ya se ha indicado que el Fiscal asume el doble papel de instructor/acusador. Ello exige que su actuación se rija, en cada una de

estas fases, por distintos principios: el exclusivo de «imparcialidad» en la fase instructora, conforme al cual ha de consignar, no sólo las circunstancias adversas, sino también las favorables para el menor imputado (artículo 2 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal) y el principio de defensa de la sociedad (o de los bienes o intereses protegidos por la norma penal infringida), que ha de presidir su actividad como parte acusadora en el juicio oral.

- Acusación particular

Una de las principales novedades de la redacción original de la LORPM consistía en el régimen de intervención de los acusadores particulares, el cual no era, como sucede en el proceso de adultos, en calidad de partes principales, sino de meros “coadyuvantes” del Fiscal.

En este sentido el artículo 25 de la LORPM prohibía, de un lado, la intervención del acusador popular en la medida en que negativamente tan solo contemplaba la intervención del perjudicado y, de otro, reducía la capacidad de postulación de este último a los supuestos de que el imputado fuera mayor de dieciséis años y presunto autor de un delito violento, en cuyo caso podía tomar conocimiento de la instrucción, proponer y participar en la ejecución de los actos de investigación y de prueba, intervenir en las conciliaciones y ser oído en la sustitución de las medidas. Sin embargo, el acusador particular no podía formalizar su escrito de acusación, ni comparecer como parte principal en igualdad de condiciones que el Fiscal (tal y como sucede en el proceso de adultos), por cuanto, como se ha dicho, su intervención aparecía subordinada a la del Fiscal.

No obstante, el legislador, en la Disposición Adicional Segunda de la LO 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la LO 5/2000, reforma el tratamiento de la personación del perjudicado en el proceso penal de menores, permitiendo, no sólo al Fiscal, como sucedía con anterioridad a la presente modificación, sino también al propio perjudicado por el delito y a otra serie de sujetos a él unidos por lazos de parentesco, el ejercicio de la acción penal

A tal efecto, la mencionada Disposición otorgó nueva redacción al artículo 25, que en su primera redacción se rotulaba «Participación del perjudicado e inexistencia de acción particular y popular», y que pasa a rubricarse «*De la acusación particular*», permitiendo personarse en el procedimiento como acusadores particulares a las personas directamente ofendidas por el delito, sus padres, sus herederos o sus representantes legales, si fueran menores de edad o incapaces, con todas las facultades y derechos que se derivan de la adquisición del estatus de parte en el procedimiento.

Con arreglo, pues, a este nuevo régimen procesal, reforzado tras la entrada en vigor de la LO 8/2006, de 4 de Diciembre, por la que se modifica la LO 5/2000, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, el estatus del acusador particular, ya no es el del coadyuvante, sino el de **parte principal**, a quien se le reconoce el derecho a solicitar del Fiscal la práctica de cuantas diligencias considere necesarias (artículo 26.1), ejercitar la pretensión penal a través del escrito de alegaciones y proponer pruebas (artículo 31), participar en la práctica de la prueba (artículo 37), instar las medidas que considere necesarias (artículo 25) y formular los recursos procedentes.

Por otra parte, el artículo 4 de la LORPM, en su nueva redacción otorgada por la LO 8/2006, reconoce expresamente el derecho de las víctimas y perjudicados a personarse y ser parte en el expediente que se incoe al efecto, para lo cual el Secretario Judicial les informará en los términos previstos en los artículos 109 y 110 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, incluyendo la información sobre el ejercicio de la acción civil, que, salvo renuncia o reserva de acciones, ejercitará el Fiscal, así como las medidas de asistencia a las víctimas que prevé la legislación vigente. Los que se personaren podrán desde entonces tomar conocimiento de lo actuado e instar la práctica de diligencias y cuanto a su derecho convenga.

En cualquier caso, la víctima no personada tiene derecho a que se le comuniquen todas las resoluciones que se adopten tanto por el Fiscal como por el Juez de Menores, que puedan afectar a sus intereses, especialmente el desistimiento de la incoación del expediente acordado por el Fiscal en orden a que ejercite la acción civil ante la jurisdicción civil, así como la sentencia que se dicte.

- La defensa

Al igual que sucede en el proceso penal de adultos, la LO 5/2000, con el fin de dotar al derecho de defensa de la significación que le otorga el artículo 24.2 de la Constitución, anticipa de modo inequívoco la designación por el imputado de Abogado a la fase instructora al disponer que, desde el mismo momento de la incoación del expediente (denominación que recibe la fase instructora en el proceso penal de menores), el menor tendrá derecho a «ser informado por el Juez, el Fiscal o agente de policía de los derechos que le asisten» y a «designar Abogado que le defienda, o a que le sea designado de oficio y a entrevistarse reservadamente con él, incluso antes de prestar declaración» (artículo 22 LORPM).

Del mismo modo, la asistencia letrada se hace necesaria, incluso antes de la incoación del expediente, desde el momento en que se produce la detención. En este sentido, el artículo 17 de la LORPM («detención de los menores») precisa, en su apartado segundo, que «toda declaración del detenido se llevará a cabo en presencia de su letrado». Se prevé el derecho del menor detenido o imputado a la entrevista reservada con su Abogado «antes» y al término de la práctica de la diligencia de toma de declaración bien ante la Policía, bien ante el Fiscal de Menores.

#### 1.4. Medidas susceptibles de ser impuestas a los menores

Para la elección de la medida o medidas adecuadas se atenderá, no sólo a la prueba y valoración de los hechos, sino especialmente a la edad, las circunstancias familiares y sociales, la personalidad y el interés del menor (De Urbano y De la Rosa, 2007).

Hemos de distinguir entre medidas privativas de libertad y medidas no privativas de libertad (de medio abierto).

### ***Medidas privativas de libertad.***

- **Internamiento en régimen cerrado:** Los menores sometidos a esta medida residirán en un centro de reeducación -que cuenta con todas las medidas de seguridad necesarias - y desarrollarán en el mismo las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio. Sólo se puede salir de forma esporádica en los supuestos de permisos y salidas autorizadas por el Juez. Este internamiento se llevará a cabo, si hubiera plazas, en el centro más próximo al domicilio del menor, sin que el traslado a otro centro pueda realizarse, salvo que sea en interés del menor y con aprobación del Juez de Menores.
- **Internamiento en régimen semiabierto:** Los menores que cumplan esta medida residirán en un centro de reeducación, pero realizarán fuera del mismo actividades formativas, educativas, laborales y de ocio. La realización de actividades fuera del centro quedará condicionada a la evolución de la persona y al cumplimiento de los objetivos previstos en las mismas, pudiendo el Juez de Menores suspenderlas por tiempo determinado, acordando que todas las actividades se lleven a cabo dentro del centro.
- **Internamiento en régimen abierto:** Los menores sometidos a esta medida llevarán a cabo todas las actividades del proyecto educativo en los servicios normalizados del entorno (Colegios, Institutos, Academias, puestos de trabajo en el exterior etc.), residiendo en un centro como domicilio habitual, con sujeción al programa y régimen interno del mismo.
- **Internamiento terapéutico en régimen cerrado, semiabierto o abierto.** En los centros de reeducación terapéuticos se realizará una atención educativa especializada o un tratamiento específico dirigido a personas que padezcan anomalías o alteraciones psíquicas, dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que determinen una alteración grave de la conciencia de la realidad. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra medida. Cuando el interesado rechace un tratamiento de deshabituación de alcohol o tóxicos entonces el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias.

Estas medidas de internamiento contarán con dos periodos. El primero se cumplirá en el centro correspondiente y el segundo en régimen de libertad vigilada.

- **Permanencia de fin de semana:** Los menores a los que se les haya impuesto esta medida permanecerán en su domicilio o en un centro hasta un máximo de treinta y seis horas entre la tarde o noche del viernes y la noche del domingo, a excepción del tiempo que deban dedicar a las tareas socioeducativas asignadas por el Juez.

Los Juzgados de Menores no podrán imponer medidas por tiempo superior al solicitado por el Ministerio Fiscal o acusador particular ni medidas de internamiento por tiempo superior al que habría durado la pena privativa de libertad si el menor, de haber sido mayor de edad hubiera sido declarado responsable conforme con el Código Penal.

#### ***Medidas no privativas de libertad.***

- **Asistencia a un centro de día:** Los menores que cumplan esta medida residirán en su domicilio habitual y acudirán a un centro, plenamente integrado en la comunidad, a realizar actividades de apoyo, educativas, formativas, laborales o de ocio. Estos centros responden al propósito de intentar atender las necesidades educativas y de formación que presentan algunos menores.
- **Tratamiento ambulatorio:** Los menores sometidos a esta medida asistirán al centro designado con la periodicidad requerida por los facultativos que les atiendan y seguir las pautas fijadas para el adecuado tratamiento de la anomalía o alteración psíquica, adicción al consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que padezcan. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra medida. Cuando el interesado rechace un tratamiento de deshabituación, el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias.
- **Libertad vigilada:** En esta medida se tiene que hacer un seguimiento de la actividad del menor sometido a la misma y de su asistencia a la escuela, al

centro de formación profesional o al lugar de trabajo, según los casos, procurando ayudarle a superar los factores que propiciaron la comisión de hechos delictivos. Asimismo esta medida obliga a seguir las pautas socioeducativas señaladas por el profesional encargado de su seguimiento. El menor sometido a esta medida también queda obligado a mantener con dicho profesional las entrevistas establecidas y a cumplir las reglas de conducta impuestas por el Juez.

- **Prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez:** Esta medida impedirá al menor acercarse a las personas mencionadas, en cualquier lugar donde se encuentren, así como a su domicilio, a su centro docente, a sus lugares de trabajo y a cualquier otro que sea frecuentado por ellos. La prohibición de comunicarse con la víctima, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal, impedirá al menor establecer con ellas, por cualquier medio de comunicación o medio informático o telemático, contacto escrito, verbal o visual. Si esta medida implicase la imposibilidad del menor de continuar viviendo con sus padres, tutores o guardadores, el Ministerio Fiscal deberá remitir testimonio de los particulares a la entidad pública de protección del menor, y dicha entidad deberá promover las medidas de protección adecuadas a las circunstancias de aquél, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1996.
- **Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo:** El menor debe convivir, durante el período de tiempo establecido por el Juez, con otra persona, con una familia distinta a la suya o con un grupo educativo, adecuadamente seleccionados para orientar a aquélla en su proceso de socialización.
- **Prestaciones en beneficio de la comunidad** La persona sometida a esta medida, que no podrá imponerse sin su consentimiento, ha de realizar las actividades no retribuidas que se le indiquen, de interés social o en beneficio de personas en situación de precariedad. Se buscará relacionar la naturaleza de

dichas actividades con la naturaleza del bien jurídico lesionado por los hechos cometidos por el menor.

- **Realización de tareas socioeducativas:** La persona sometida a esta medida ha de realizar, sin internamiento ni libertad vigilada, actividades específicas de contenido educativo encaminadas a facilitarle el desarrollo de su competencia social.
- **Amonestación:** Esta medida consiste en la reprensión del menor llevada a cabo por el Juez de Menores y dirigida a hacerle comprender la gravedad de los hechos cometidos y las consecuencias que los mismos han tenido o podrían haber tenido, instándole a no volver a cometer tales hechos en su futuro.
- **Privación del permiso de conducir ciclomotores o vehículos a motor, o del derecho a obtenerlo, o de las licencias administrativas para caza o para uso de cualquier tipo de armas:** Esta medida podrá imponerse como accesoria cuando el delito o falta se hubiese cometido utilizando un ciclomotor o un vehículo a motor, o un arma.
- **Inhabilitación absoluta:** Esta medida produce la privación definitiva de todos los honores, empleos y cargos públicos sobre el que recayere, así como la incapacidad para obtener los mismos o cualesquiera otros y la de ser elegido para cargo público durante el tiempo de la medida.



## **2. CONSIDERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS**

Si tenemos en cuenta la amplitud de problemáticas que se pueden presentar a lo largo de la infancia y la adolescencia, los comportamientos antisociales y delictivos representan uno de los que mayor percepción de alarma social generan (García et. al, 2010). De hecho, tras la entrada en vigor de la ley de responsabilidad penal de los menores en nuestro país (LORPM) en 2001, se ha ido consolidando en la opinión pública la idea de que la delincuencia juvenil ha crecido de un modo significativo (Montero, 2014), siendo esta una delincuencia de carácter más violenta, refiriendo igualmente que culmina en los últimos años de la adolescencia (Fernández, Bartolomé, Rechea y Megías, 2009).

Cuando hablamos de conductas antisociales, estamos haciendo referencia al conjunto de comportamientos que implican una clara violación de las normas sociales. Estos comportamientos abarcan una amplitud de manifestaciones que van desde las acciones más leves (mentir, consumir drogas, escaparse, conducir sin licencia, etc.), hasta las más graves (robos, agresiones, violaciones, homicidios, etc.). Dichos comportamientos causan daños a otras personas, están prohibidos por las leyes y por lo tanto son susceptibles de activar un proceso penal. Del mismo modo, cuando estas conductas son procesadas por el filtro jurídico-penal correspondiente, obtienen la consideración de delito (Rutter y Giller, 1988).

En el estudio de la topografía de estas actividades delictivas juveniles, desde una perspectiva epidemiológica descriptiva, resulta de especial relevancia la interrelación entre las tasas de prevalencia e incidencia. La prevalencia daría cuenta de la extensión que presentan estos hechos delictivos en una determinada zona geográfica; respondería a la cuestión de qué porcentaje de jóvenes se encuentran implicados en actividades delictivas en un espacio de tiempo determinado. Por otro lado, la incidencia nos proporcionaría información acerca de la frecuencia de conductas delictivas realizadas por un sujeto en cuestión. Adicionalmente, podríamos ver ampliado dicho análisis si atendiéramos a la estabilidad o espacio de tiempo en el que un determinado joven mantiene la actividad delictiva.

Atendiendo a los resultados que la literatura científica internacional presenta en este ámbito, sabemos que un reducido grupo de jóvenes suele ser el responsable de la mayoría de los delitos violentos que se comenten en un determinado territorio (Bechtel, Lowenkamp y Latessa, 2007; Henggeler, 1989, 2003), lo que reflejaría la alta incidencia de conductas antisociales por parte de un porcentaje reducido de jóvenes. Por otro lado, diversas investigaciones (Fernández Molina et. al., 2009; McMurrin y Hollin, 1993 y Rechea, 2008), han estimado en población general que entre los adolescentes y jóvenes existe una elevada prevalencia delictiva, de hasta el 80%, pero circunscrita generalmente a conductas leves (consumir alcohol u otras drogas, conducir sin permiso, etc.).

Del mismo modo, pese a que como hemos indicado anteriormente los delitos graves son pocos, de acuerdo con los datos procedentes de la investigación internacional, el 30% de los delincuentes detenidos por delitos graves son jóvenes (McMurrin y Hollin, 1993).

Por lo que respecta a las cifras de evolución de la delincuencia juvenil obtenidas en nuestro país, contamos con diferentes fuentes para su análisis. Las estadísticas de carácter oficial hacen referencia a los datos recogidos por los principales operadores en el sistema de justicia, a saber: la Policía, Fiscalía de Menores y Juzgados de Menores. Estas instituciones publican de modo periódico sus respectivos datos en los Anuarios del Ministerio del Interior (MIR), en las Memorias de la Fiscalía General del Estado (FGE), así como los procedentes del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ).

Dichos datos son difícilmente comparables ya que no miden exactamente lo mismo, presentando también problemas metodológicos, por lo que manifiestan importantes limitaciones en cuanto a su fiabilidad y validez, (Fernández Molina et. al., 2009). No obstante, sí que resultan útiles a la hora de analizar las actuaciones que se lleva a cabo en cada una de estas instituciones.

Un interesante análisis conjunto de los datos procedentes de estas tres fuentes oficiales es el estudio dirigido por Cristina Rechea en 2006. En esta investigación se aprecia (ver Figura 1), como la entrada en vigor de la ley en 2001 supuso un incremento en la actividad del conjunto de operadores implicados en la vigente ley. Si bien, los

datos de la Fiscalía se refieren al número total de diligencias incoadas, siendo estas muy superior al número de detenidos (MIR) y al número de expedientes de reforma (CGPJ).

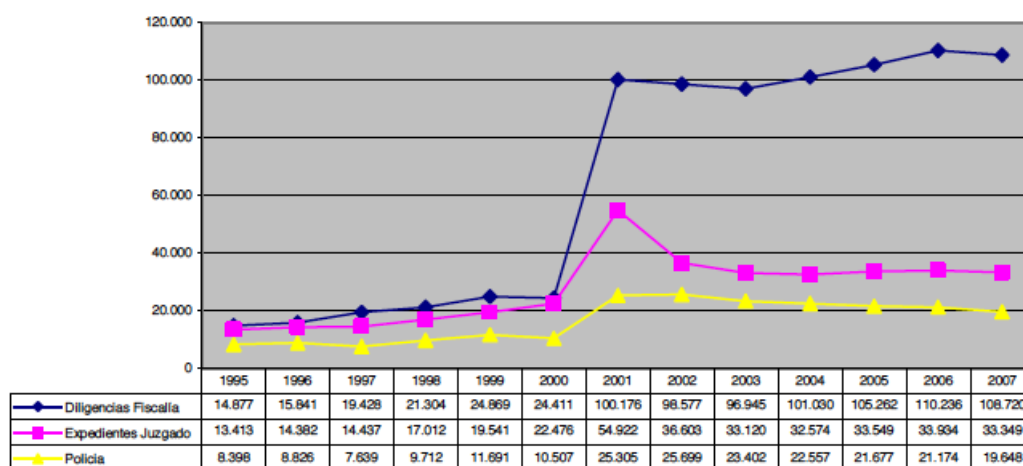


Figura 1. Datos oficiales sobre delincuencia juvenil durante el periodo 1995-2007. Fuente: Fernández et al., (2009) a partir de datos del Ministerio del Interior, Fiscalía General del Estado y Consejo General del Poder Judicial

Pese a ello, tal y como muestran las instituciones de referencia oficiales, durante el periodo de tiempo analizado se observa una evolución de la delincuencia juvenil al alza. No obstante, autores como Rechea también ven en este aumento en las cifras de diligencias, expedientes de reforma y detenciones, una posible mayor judicialización de los conflictos de aquellos menores que se encuentran en esta franja de edad, con la consiguiente mayor actividad de los organismos implicados.

De hecho, la propia Fiscalía General del Estado viene recogiendo reiteradamente en los últimos anuarios de memorias publicadas en 2012, 2013 y 2014, las obsoletas y deficientes aplicaciones informáticas con las que cuentan, así como la observación de que la cifra global de diligencias preliminares no es un indicador fiable a la hora de valorar la evolución cuantitativa de la delincuencia juvenil.

Del mismo modo, la FGE sugiere la adecuación de atender a otras variables más objetivas, como es el número de expedientes incoados. La observación de éstos manifiesta un cambio de tendencia en los años más recientes con una objetivable evolución a la baja, tal y como se puede observar en la tabla 1.

Año	Número de Expedientes Incoados	Diferencias % respecto al año anterior
2008	35.353	
2009	34.019	
2010	32.250	-5,17%
2011	29.614	-8,19%
2012	29.589	
2013	29.428	

Tabla 1. Evolución del número de expedientes de Fiscalía incoados a menores infractores (14-17 años) durante el periodo 2008-2013 Fuente: elaboración propia a partir de las memorias anuales de la FGE.

Esta misma dirección de tendencia a la baja también se desprende de los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), a través de su “Estadística de Condenados: Menores”. Estos datos se recogen a partir del Registro Central de Sentencias de Responsabilidad Penal de los Menores, registro cuya titularidad pertenece al Ministerio de Justicia. Si bien, la explotación de este registro ha sido realizada por el INE desde el año 2007, en virtud del correspondiente acuerdo de colaboración.

El estudio de los datos procedentes del INE muestra como la anteriormente mencionada tendencia al alza de la delincuencia presenta su punto de inflexión en el año 2010, momento del inicio de la actual crisis económica en nuestro país. Autores como Montero (2014), resaltan como esta curiosa inversión de tendencia invalida el tópico de que la delincuencia se ve incrementada en momentos de crisis. No obstante, esta tendencia observada en la delincuencia juvenil no se aprecia en las estadísticas de adultos “Estadísticas de condenados: adultos”, donde sí aumentó un 28,72%, al pasar de 213.740 en el 2007 a 275.130 en el 2012.

Profundizando un poco más en la reciente evolución de los datos que recoge el INE en su “Estadística de Condenados: Menores”, comentaremos los relativos al número de menores condenados (14 a 17 años), infracciones penales, medidas impuestas, sexo, edad y nacionalidad del infractor.

En cuanto a la evolución de los menores condenados en el periodo 2007-2013, se refleja como el año 2010 supone el punto de inflexión en la tendencia de crecimiento sostenido, iniciándose a partir de este año un descenso. De hecho, el último dato recogido referente al año 2013, con 14.744 menores condenados con sentencias firmes

dictadas y comunicadas al Registro Central de Sentencias de Responsabilidad Penal de los Menores, supone un descenso del 8,8% respecto al año anterior (ver tabla 2).

Año	Total Menores	Varones	Mujeres
2007	13.631	11.580	2.051
2008	15.919	13.477	2.442
2009	17.572	14.782	2.790
2010	18.238	15.337	2.901
2011	17.039	14.362	2.677
2012	16.172	13.344	2.828
2013	14.744	11.988	2.756

Tabla 2. Evolución de los menores condenados (2007-2013) Fuente: Estadísticas de Condenados: Menores, Instituto Nacional de Estadística.

Los datos del INE referidos a menores condenados según el género reflejan en el año 2013 que el 81,3% de los menores condenados fueron varones y el 18,7% mujeres. Esta tendencia porcentual que manifiesta que la gran mayoría de las infracciones cometidas son protagonizadas por el género masculino constituye una constante en todas las fuentes de datos a los que se acceda, nacionales e internacionales. Sin embargo, pese a las significativas diferencias constatadas, se puede observar durante los últimos años como el número de mujeres condenadas, en relación con el total de condenados, está aumentando a lo largo de los últimos años, pasando de representar el 15,5% en 2007 al 18,7% en 2013.

Otra diferencia asociada al género tiene que ver con el tipo de infracciones o conductas delictivas protagonizadas por hombres y mujeres. En este punto se constata como la delincuencia juvenil femenina es de menor intensidad que la masculina. Mientras que en los hombres el porcentaje de delitos es significativamente mayor que el de faltas (67,37% delitos vs 32,63 faltas, año 2012), en el caso de las mujeres las faltas representan actualmente el mayor número de infracciones sancionadas (48,76% delitos vs 51,24% faltas, año 2012), según datos del INE recogidos por Montero (2014).

En cuanto al porcentaje de condenados asociados al grupo de edad, nuevamente se constata como en los resultados obtenidos por otras fuentes de datos de evolución de delincuencia juvenil, que el grupo de 17 años es el más numeroso, representando el 32,5% del total, seguido del grupo de 16 años (28,6%).

Siguiendo con el análisis de infracciones cometidas por edades recogidas por el INE, se observan discrepancias si comparamos el número y tendencia de éstas para las edades de 14 y 15 años, y los mensajes de otras fuentes que refieren una mayor precocidad de los menores en el actividad delictiva desde la entrada en vigor de la LORPM. En dichas estadísticas del INE, observamos como en el caso de menores de 14 años, en el periodo 2007-2012, el número de infracciones cometidas ha pasado de representar el 19,56% del total en el año 2007, a solo el 15,46% en el 2012, manteniéndose estable.

Para los menores en la franja de 15 años, las infracciones cometidas en el periodo mencionado (2007-2012), ha pasado de representar el 27,95% del total para el año 2007, al 22,44% en el año 2012.

El análisis de la nacionalidad refleja en el año 2013, la mayoría de los condenados fueron de nacionalidad española (76,0%). Pese a ello, la tendencia durante los últimos años de menores extranjeros condenados también ha aumentado, y ha pasado de representar el 19,87% en el 2007 al 23,13% en el 2012. Siendo dicha tendencia a la inversa en la población juvenil española, ya que muestra una ligera curva descendente que se inicia tras el año 2010 (Montero, 2014).

Analizando el año 2013 el número de infracciones cometidas, dos de cada 3 menores condenados cometieron una única infracción, y uno de cada tres llevó a cabo más de una.

En cuanto a menores condenados por lugar de condena, los datos estadísticos continúan mostrando que la comunidad de Andalucía es la que tiene un mayor número de menores condenados inscritos en el Registro, representando el 23,2% del total. Le siguen la Comunidad Valenciana con el 15,3% del total y Cataluña con el 11,5%.

Refiriéndonos al periodo 2013, donde ya se ha reflejado que el total de menores condenados fue de 14.744, las estadísticas del INE que comprenden dicho año recogen 25.814 infracciones penales cometidas por menores, siendo estas un 7,9% menos que el año anterior. De este total, el 64,5% fueron delitos y el 35.5% faltas.

Por tipología de delito, la mayor incidencia fueron los robos (41,6% del total), los delitos de lesiones (12,9%), delitos de tortura y contra la integridad moral (9,0%).

Si atendemos a los delitos que implican una mayor violencia, los más frecuentes serían aquellos asociados a robos con violencia e intimidación, seguidos de las agresiones y lesiones, presentando tasas inferiores aquellas conductas delictivas asociadas a delitos contra la libertad sexual y los homicidios. Del mismo modo, durante estos últimos años también estamos asistiendo a la aparición de nuevos fenómenos delictivos, como las agresiones dentro del ámbito familiar por parte de menores, la violencia escolar y la aparición de problemas de conducta asociados al consumo de drogas que progresivamente registra edades de inicio mucho menores.

Por otro lado, respecto a las medidas adoptadas durante el año 2013, los jueces de menores españoles adoptaron 23.771 medidas, lo que supuso un descenso del 6,4% respecto al año anterior. Las medidas adoptadas más frecuentes fueron la libertad vigilada (39,6% del total), la prestación de beneficio a la comunidad (18,1%) y el internamiento en régimen semiabierto (12,4%).

Si observamos la tendencia en relación al número de medidas impuestas que se desprende del Registro Central de Sentencias de Responsabilidad Penal de los Menores desde el año 2010, se viene observando que pese al descenso en el número de menores condenados y de infracciones cometidas, el número de medidas judiciales impuestas no sigue la misma tendencia (ver tabla 3).

Año	Total de medidas impuestas
2007	18.948
2008	21.610
2009	24.367
2010	25.082
2011	23.718
2012	25.393
2013	23.771

Tabla 3. Total de medidas impuestas por los Juzgados de Menores a nivel nacional Fuente: Estadísticas de Condenados: Menores, Instituto Nacional de Estadística.

Por lo que respecta a las habituales estadísticas oficiales de la delincuencia (Ministerio de Interior, Consejo General de poder Judicial y Fiscalía General del Estado), sabemos que estas no reflejan la magnitud real del fenómeno delictivo. Del mismo modo, existen muchas actividades delictivas no denunciadas por diversos motivos: puede que la víctima no sea consciente de ello, o bien porque puede llegar a considerar que dicha denuncia no encontrará respuesta a su demanda o por cualquier otra circunstancia. De hecho, conscientes de esta situación se han diseñado herramientas estadísticas de investigación que intentan acotar el panorama de la delincuencia de un modo más amplio. Los resultados que ofrecen, conocidos con el nombre de Cifra Negra de la delincuencia, revelan que el porcentaje de delitos no denunciados podría alcanzar el 90% de los delitos cometidos.

A colación con esta Cifra Negra, en España, Rechea (2008) lideró un estudio a partir de una encuesta realizada a 4.152 menores escolarizados (2.402 chicos, 49%, y 2.103 chicas, 50.7%), en edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, desde 1º de la ESO hasta 2º de Bachiller y Formación Profesional, en centros educativos de todo el territorio nacional. Los resultados más relevantes son los siguientes:

- Un 98,8% de los adolescentes encuestados ha cometido algún acto antisocial o delictivo alguna vez en la vida, siendo un 72,4% los que lo han realizado en el último año/mes (fundamentalmente uso ilegal del ordenador y consumo de alcohol).
- Las conductas que más alarman a la sociedad no tienen un nivel tan alto de prevalencia. Delitos contra la propiedad: robos en tiendas (8,36%), entrar en un edificio para robar (1,18%), robar algo de un coche (1,76%), pegarle un tirón a alguien para quitarle algo (0,48%); y Delitos violentos (tradicionalmente divididos entre violencia contra objetos y violencia contra personas). Respecto a la violencia contra objetos, usualmente denominada vandalismo, se registró que del total de la muestra, la prevalencia durante el último año había sido del 6,91%. En cuanto a la violencia contra las personas, los datos de prevalencia durante el último año fueron los siguientes: llevar un arma (5,23%), amenazar o golpear a alguien para conseguir algo (0,77%), participar en una pelea (8,14) y



herir con un palo o navaja a alguien que necesitó asistencia médica (0,89%).

- Las principales conclusiones en relación a los delitos violentos reflejan que tanto el vandalismo (violencia contra objetos) y las peleas (violencia contra las personas) son los delitos que mayor frecuencia presentan entre los jóvenes. No obstante, se trata de conductas que los jóvenes usualmente abandonan cuando llegan a la madurez. Por otro lado, cualquier otro delito violento contra las personas constituye un delito grave, y esta es la razón por la que los sujetos que los cometen deben de ser analizados con especial atención, dada su peligrosidad.
- La prevalencia respecto a aquellos jóvenes que habrían cometido un delito a lo largo de su vida sería del 38,2%, siendo del 21,9% los referidos al último año. No obstante, en ambos casos las tasas de incidencia indicarían un nivel de actividad o frecuencia baja.
- Respecto a las diferencias entre sexos, si bien no se encuentran diferencias significativas en tipos de actividades delictivas menores (alcohol, cannabis, uso ilícito del ordenador o robo en tiendas), los chicos se encuentran involucrados en un mayor número de conductas delictivas, especialmente en las de carácter más peligroso, donde el porcentaje de chicos en riesgo (15,1%), triplica al de las chicas (5%).
- En relación a las diferencias respecto a la edad, se está registrando una tendencia creciente en el número de jóvenes involucrados en conductas antisociales y delictivas con edades comprendidas entre los 12 y los 13 años. No obstante, el grupo que presenta el mayor porcentaje de sujetos implicados en todas las conductas antisociales y delictivas corresponde al grupo de entre 16 y 17 años, tal y como también recogen otras investigaciones anglosajonas (Farrington, 1986).
- En último lugar, un dato de este informe especialmente llamativo teniendo en cuenta que la muestra, esta integrada por adolescentes de centros educativos que no tienen ningún tipo de tratamiento jurídico-legal por comisión de delitos, haría referencia a la estimación de que un 10% de la muestra presentaría características que la definirían de alto

riesgo y un 9,2% de los sujetos de dicha muestra podrían considerarse como delincuentes peligrosos.

Los resultados que dichas investigaciones muestran no sólo incrementan el conocimiento de esta realidad social, sino que también constituyen instrumentos que permiten orientar la optimización de las correspondientes intervenciones.

### **3. APROXIMACIONES TEÓRICAS DE REFERENCIA**

Ante la complejidad y relevancia que entrañan las conductas antisociales y delictivas, resulta obvio la necesidad de contar con adecuadas herramientas y procedimientos de medición que permitan desarrollar descripciones afinadas de este fenómeno, particularmente en nuestro país, donde las distintas fuentes referenciadas en el anterior apartado de este trabajo, constatan importantes deficiencias metodológicas, por parte de los operadores que ofrecen las estadísticas oficiales, que afectan a la validez y fiabilidad de los datos obtenidos.

Los logros en la optimización de los procesos de observación y recogida de datos redundarán en avances a nivel de explicaciones y predicciones de este fenómeno, a fin de proporcionar respuestas tanto en el ámbito de la prevención, como en el tratamiento de la delincuencia juvenil. No constituyendo una labor nimia si tenemos en cuenta la dimensión multifactorial e interactiva de los elementos o variables implicadas (influencias biológicas, psicológicas, sociales), lo que a su vez conlleva aproximaciones o enfoques multidisciplinarios e integradores (Garrido y López-Latorre, 2005).

Dichos enfoques integradores a nivel de construcción de explicaciones o teorías sobre las conductas antisociales y delictivas son la corriente preponderante en el estado actual de la criminología científica. Las distintas teorías que se adscriben al paradigma científico comparten la creencia o asunción de que existen diversos factores individuales y sociales vinculados a la aparición y mantenimiento de la conducta delictiva (Redondo y Garrido, 2013). El análisis sistemático de estos factores proporcionará pistas del papel de cada uno de ellos en el inicio, mantenimiento y desistimiento de estas conductas disruptivas. Favoreciendo, del mismo modo, la emergencia de contingentes actuaciones tanto en el plano de la prevención como en el tratamiento de los jóvenes que presentan estas conductas antisociales y delictivas.

En este apartado de aproximaciones teóricas, y acorde con los objetivos de nuestra investigación, centrada en la predicción del riesgo de reincidencia y el análisis de aquellos factores de riesgo más significativos, pasaremos sucintamente a revisar inicialmente un conjunto de explicaciones sobre la conducta delictiva que cuentan en la

actualidad con un sólido apoyo empírico. Posteriormente, nos detendremos de un modo más profundo en el análisis de una estas explicaciones, la denominada criminología del desarrollo, cuyas aportaciones fundamentan los modelos de prevención, tratamiento y predicción del riesgo que se abordarán en el siguiente epígrafe.

### 3.1. Teorías explicativas sobre la delincuencia

Según Redondo y Andrés Pueyo (2007), las explicaciones psicológicas de la delincuencia, con mayor apoyo empírico, plantean la significación de cinco proposiciones o consideraciones básicas, actualmente consideradas complementarias.

La primera de estas proposiciones considera la **conducta delictiva como una conducta que se aprende**. Desde este enfoque cobran relevancia explicativa en el aprendizaje de la conducta delictiva conceptos como los de condicionamiento clásico, aprendizaje operante, pero particularmente el mayor alcance explicativo viene de la mano de la teoría del aprendizaje social desarrollada por Bandura (1983)

Para Bandura, las explicaciones estrictamente conductuales resultaban insuficientes a la hora de explicar sus observaciones sobre agresión en adolescentes, lo que le llevo a añadir elementos adicionales a la formulación original. El primero de ellos en su concepto de determinismo recíproco, entendiendo que el ambiente social y la conducta de una persona se causan mutuamente. De este modo, el foco de atención en los procesos de aprendizaje se dirige a la interacción entre el sujeto y el entorno social. Posteriormente, concibió la personalidad como resultado de la interacción entre el ambiente, la conducta y los procesos psicológicos de la persona, incluyendo dentro de estos últimos un papel relevante a la imaginación y el lenguaje. A partir de esta conceptualización más compleja, en la que incorpora variables internas o mentales, se aleja de sus orígenes conductistas para aproximarse a una concepción del aprendizaje más cognitivista, considerándosele por muchos el padre de este movimiento. Su teoría del aprendizaje social supone una de las teorías más completas acerca de la conducta, fundamentalmente por su investigación y contribución sobre aprendizaje por observación (imitación y modelado), desarrollo de expectativas de conducta y mecanismos de autorregulación.

Dentro de las teorías del aprendizaje social, el modelo dominante en la explicación de la conducta delictiva estaría representado por la versión del aprendizaje social formulada por Ronald L. Akers, y su teoría del aprendizaje social de la conducta delictiva. Dicha teoría se asienta en cuatro constructos, a saber (Akers, citado en Redondo y Garrido, 2013):

1) Asociación diferencial, que hace referencia al proceso “mediante el cual uno es expuesto a definiciones normativas favorables o desfavorables a la conducta ilegal”. Dichas asociaciones diferenciales, a favor o en contra de la conducta delictiva, se producen tanto en los grupos primarios (familia y amigos), como en los secundarios o contextos de referencia con los que la persona está en contacto. Desde este constructo, la asociación diferencial ejercería una mayor influencia en la medida que estas exposiciones se presenten con una mayor frecuencia, duración, prioridad (más tempranas en el tiempo), y más intensas o que proceden de relaciones más importantes para la persona.

2) Definiciones, entendidas como “los propios significados o actitudes que una persona vincula a una determinada conducta”. Dichas definiciones para Akers pueden ser generales o específicas, siendo estas últimas las que tienen mayor incidencia en la conducta en general, y en la conducta delictiva en particular. Estas definiciones pueden influir en la conducta, precipitando ciertos valores, creencias o actitudes, siendo por tanto esta influencia de tipo cognitivo. Pero también puede influir de un modo más conductual, precipitando en estos casos comportamientos ilícitos. Del mismo modo, estas definiciones pueden adquirirse por observación e imitación; o bien, a través del reforzamiento diferencial de ciertas conductas.

3) Reforzamiento diferencial, entendido como “balance entre los refuerzos y castigos anticipados o reales que siguen o son consecuencia de la conducta”

4) Imitación, constructo que hace referencia a la implicación en una “conducta tras la observación en otros de una conducta semejante”.

Según esta teoría, en el aprendizaje de la conducta delictiva participan estos cuatro constructos o mecanismos de modo interactivo: 1) Asociación diferencial, con

personas que muestran hábitos y actitudes delictivos, 2) la adquisición por el individuo de definiciones favorables a la conducta delictiva, 3) reforzamiento diferencial de sus comportamientos delictivos, y 4) la imitación de modelos pro-delictivos.

La segunda de las proposiciones, consideraría la **existencia de rasgos y características individuales que predisponen al comportamiento delictivo**. Este planteamiento viene a ser respaldado por las investigaciones biológicas y psicológicas que relacionan las diferencias individuales y el comportamiento delictivo (lesiones craneales, baja actividad frontal, baja activación del sistema nervioso autónomo, baja inteligencia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, propensión a la búsqueda de sensaciones, impulsividad, características de personalidad, etc.). Desde estos planteamientos, derivados de una concepción psicopatológica, la causa de la delincuencia se atribuiría a la presencia de algún trastorno biológico, emocional, cognitivo o comportamental.

No obstante, la investigación ha constatado reiteradamente la pobre validez predictiva de este enfoque en su capacidad de predecir reincidencia delictiva (Garrido et. al., 2006). Sin embargo, pese a ello, diversos autores sí destacan su utilidad a la hora de valorar la capacidad de respuesta de los infractores, aportando información de estilos cognitivos y de aprendizaje, permitiendo también orientar mejor una determinada medida judicial o a la hora de efectuar recomendaciones de un determinado programa de tratamiento (Andrews et. al., 1990; Bonta, 1995; Hoge y Andrews, 2010). De hecho, la importancia de esta apreciación es recogida en este trabajo de investigación, en el que junto al análisis de la capacidad predictiva de una herramienta de evaluación actuarial, Instrumento de la Gestión de la Intervención en Jóvenes (IGI-J), en una muestra representativa de menores infractores dentro del sistema de justicia juvenil, nos interesa explorar también la presencia, tipo y prevalencia de características clínicas y psicopatológicas presentes en estos menores. Este enfoque se desarrollará de un modo más extenso en el último epígrafe de este trabajo de investigación, el referido a las aportaciones desde el ámbito clínico y psicopatológico.

La tercera proposición contemplarían los **delitos como reacciones a vivencias individuales de estrés y tensión**. Esta perspectiva tiene en común con las teorías del aprendizaje social y las teorías del control social, que revisaremos en la cuarta

proposición, la consideración de la delincuencia como producto de las relaciones que las personas mantienen con su entorno próximo (Redondo y Garrido, 2013). Si bien, se diferencia de las restantes por su reiterada constatación recogida en la literatura científica que relaciona las vivencias de tensión y la mayor disposición a cometer delitos, especialmente los de carácter violento (Andrews y Bonta, 2010; Berkowitz, L. 1996). La teoría más representativa de este enfoque es la teoría general de la tensión de Agnew (2006), desde la que se enfatizan como mecanismo explicativo de la conducta delictiva la relación entre privación y tensión. Experiencias de este tipo pueden estar desencadenadas por situaciones tales como la imposibilidad de alcanzar objetivos sociales positivos, privación de ciertas gratificaciones que el individuo posee o espera poseer, así como el hecho de que una persona esté sometida a situaciones negativas o aversivas.

Las investigaciones en este campo han encontrado como fuentes más habituales de tensión en jóvenes las siguientes circunstancias: rechazo paterno, supervisión inadecuada, abandono o abuso infantil, experiencias negativas en la escuela, relaciones problemáticas con iguales, trabajos marginales, desempleo crónico, problemas de pareja y carencia de hogar, entre otros.

La cuarta de las proposiciones explicativas acerca de la delincuencia, es aquella que relaciona **la implicación en actividades delictivas como el resultado de la ruptura de los vínculos sociales**. Este planteamiento se deriva del hecho, constatado reiteradamente, que relaciona pérdida o pobreza de lazos emocionales con personas socialmente integradas con mayor probabilidad de implicación de una persona en actividades delictivas. Esta apreciación se formula en las denominadas teorías del control social, siendo la que mayor repercusión tiene la teoría de los vínculos sociales de Travis Hirschi. Para este autor, el origen de la participación delictiva no se encuentra en la adquisición, por parte del sujeto, de normas y valores favorables al delito, como en la teoría del aprendizaje social de Akers, sino en la inexistencia o ruptura de vinculaciones sociales contrarias a la delincuencia (Redondo y Garrido, 2013). Para Hirschi los jóvenes se unen a la sociedad a través de los principales contextos, tales como la familia, la escuela, el grupo de amigos, entre otros. Dicha unión a estos ámbitos se produce a través de cuatro mecanismos complementarios: (1) el apego, o lazos emocionales de afecto y admiración hacia otras personas, (2) el compromiso, o grado de integración en la sociedad convencional, (3) la participación, o nivel de implicación de

la persona en todas aquellas actividades convencionales (familiares, formativas, laborales, etc.). (4) Creencias, o conjunto de convicciones favorables a los valores establecidos.

En último lugar, la quinta proposición de carácter explicativo en relación al fenómeno de la delincuencia, considera que **el inicio y mantenimiento de la carrera delictiva se relacionan con el desarrollo del individuo**, en especial durante su periodo evolutivo asociado a la infancia y adolescencia. Las investigaciones que van en esta dirección se engloban bajo la llamada criminología del desarrollo. Constituye una perspectiva integradora en lo que respecta al estudio de aquellos factores que se asocian con el origen y desarrollo de la delincuencia juvenil, empleando para tal fin diseños longitudinales que focalizan su atención en dos aspectos centrales (Le Blanc y Loeber, 1998). Por un lado, se centran en el análisis descriptivo del desarrollo y en las variaciones del fenómeno delictivo con la edad; y por otro, en la identificación de los factores causales que preceden o concurren con el desarrollo de la conducta y la influyen.

### 3.2. Teorías explicativas sobre la delincuencia desde la criminología del desarrollo

Desde la criminología del desarrollo resulta de interés, y diferenciador del resto de aproximaciones, su visión dinámica del comportamiento delictivo, al entender que la actividad delictiva estaría condicionada de un modo significativo por la edad del individuo, así como por aquellas características personales, ambientales y sociales que se vinculan a las diversas etapas del desarrollo evolutivo.

Dicha concepción también implica considerar la actividad delictiva como un proceso variable en el tiempo, y representado por una secuencia de etapas objeto principal de análisis, tales como el inicio en el delito, aumento y gravedad de los delitos, especialización o versatilidad delictiva y desistimiento o finalización de las conductas delictivas. El conocimiento acerca de las carreras delictivas se deriva principalmente de la investigación desarrollada en tres ámbitos complementarios, a saber: la evolución de la conducta antisocial y delictiva a lo largo del tiempo, los factores de riesgo y



protección de mayor relevancia en función de la edad, así como la prescripción de propuestas aplicadas que van orientadas a la reducción de los factores de riesgo (Redondo y Garrido, 2013).

Respecto a la evolución de la conducta antisocial y delictiva a lo largo del desarrollo, tal y como hemos podido revisar en apartados previos de este trabajo, se constata una gran prevalencia de infracciones entre los adolescentes (Rechea, 2008), que disminuye al aumentar la gravedad de los delitos. En este sentido, sabemos que existe un grupo de jóvenes cuya actividad antisocial y delictiva está limitada a la adolescencia (Moffitt, 1993, 2002); son aquellos que pueden iniciarse en estas actividades entre los 13 y los 14 años, pero que suelen abandonar estas actividades a partir de los 17 ó 18 años, como una consecuencia natural de su desarrollo.

Sin embargo, existe un grupo reducido de adolescentes con mayor probabilidad de desarrollar una carrera criminal prolongada; integrado por menores con una edad de inicio muy temprana, posiblemente antes de los 12 años (Loeber y Farrington, 2001) y que, durante la adolescencia, tienen una gran actividad en diferentes tipos de conductas delictivas (versatilidad delictiva), muchas de ellas con un nivel de gravedad o violencia alto. En relación a este grupo, los estudios longitudinales estiman que alrededor del 5% de todos los adolescentes que han cometido alguna infracción continúan reincidiendo en la adolescencia, llegando a ser responsables cuando son adultos de más de la mitad de todos los delitos que se comenten en una sociedad (Farrington, 2008).

Por otro lado, respecto de las causas que se relacionan con el inicio, persistencia y/o desistimiento, el punto de partida de estos planteamientos ha sido identificar o discriminar aquellos factores de riesgo que presentan la capacidad de generar, en un niño o adolescente, una situación de riesgo de desarrollar conductas antisociales. La detección de estos factores con potencial para promover una mayor predisposición hacia manifestaciones delictivas se ha llevado a cabo a través del desarrollo de estudios longitudinales. Uno de los más citados es el estudio Cambridge de West y Farrington (Farrington, 1989, 1995), realizado sobre una muestra de 411 hombres del sur de Londres, que fueron entrevistados desde los 8 hasta los 32 años de edad. Junto a este estudio, otros estudios longitudinales destacados son los de Elliot, Dunford y Huizinga (1987), o el de Spivack y Cianci (1987).

De los resultados obtenidos de estas aproximaciones metodológicas se desprende un perfil de riesgo que indica el papel significativo de las siguientes variables: familias con problemas tanto a nivel socio-económico (pobres ingresos, bajo nivel cultural, aislamiento social), como en su estructura y dinámica funcional (dificultades de comunicación y de relación entre sus miembros, métodos de crianza inadecuados, escasa supervisión, entre otros); problemáticas en el ámbito escolar (bajo rendimiento académico, absentismo escolar y presencia de conductas problemáticas); así como un conjunto de variables personales relacionadas con la irresponsabilidad y el escaso control (impulsividad, dificultades en demorar la gratificación, dificultades en apreciar y comprender los puntos de vista de otras personas y escasas habilidades cognitivas para resolver dificultades interpersonales).

Si nos centramos en las variables más asociadas con el mantenimiento de la trayectoria delictiva, interesa destacar los resultados de estudios nacionales de reincidencia delictiva por parte de jóvenes (Redondo et. al., 2011), en los que se destacan los siguientes predictores:

- Menor de edad y el hecho de ser varón (25 % de los varones reinciden frente al 12,7% de las chicas)
- Presencia de un mayor número de factores de riesgo sociofamiliares (como antecedentes delictivos y patologías en la familia).
- Experiencias de maltrato físico.
- No vivir con la familia, ni tener domicilio fijo.
- La existencia de trastorno mental, hiperactividad, impulsividad, o consumo de drogas.
- El fracaso en la escuela, así como en los procesos formativos en general, o en el desempeño de un trabajo.
- Tener amigos o una pareja que sea delincuentes.
- Contar con más antecedentes por delitos violentos.
- Haber experimentado medidas de internamiento judicial.

En cuanto a las características de mayor significación facilitadoras de procesos de desistimiento de la carrera delictiva destacan los propuestos por Loeber, y recogidos por Redondo y Garrido (2013).

- Presencia en el sujeto de características personales favorables (buen nivel intelectual, baja impulsividad, etc.)
- Bajo número de factores conductuales de riesgo, y no acumulación de comportamientos problemáticos (conducta antisocial, consumo de drogas, impulsividad, etc.)
- Presencia de cambios cognitivos relacionados con sentimientos de disconformidad con sus conductas y estilo de vida delictivo.
- Paulatina implicación en rutinas personales estructuradas (formativas, laborales, deportivas, de ocio, etc.), las cuales también facilitarían la disminución de oportunidades para llevar a cabo delitos.
- Logro en reducir y controlar, por sí mismo o con ayuda especializada, su posible consumo de drogas.
- Aparición de circunstancias vitales relevantes como el hecho de iniciar una relación de pareja, lograr empleo, cambiar de barrio (Farrington, 2008)

A colación con los hallazgos obtenidos acerca del perfil de riesgo y el desarrollo de carreras delictivas, se han generado diversas teorías psicológicas que intentan integrar dichos conocimientos. Dentro de esta perspectiva, Leblanc y Loeber (1998) plantean tres conceptos de relevancia en la explicación del desarrollo del fenómeno delictivo. El primero de ellos, denominado **Activación**, haría referencia al modo en que son estimuladas las conductas delictivas, una vez iniciadas, diferenciando tres tipos de activación: (1) aceleración: incremento de la frecuencia de la actividad delictiva a través del tiempo; (2) estabilización: incremento de la continuidad de la actividad delictiva en el tiempo, y (3) diversificación: tendencia de los sujetos a llegar a involucrarse en actividades delictivas diversas. El segundo de los conceptos dinámicos planteados es el de **Agravación**, el cual hace referencia a la existencia de una secuencia evolutiva de actividades que se intensifica o incrementa en cuanto a su gravedad en el tiempo. En último lugar, se hablaría de un **Desistimiento** cuando se constata un aminoramiento o deceleración en la frecuencia de la actividad delictiva, una reducción en su variedad o especialización, o bien una reducción en la gravedad de los hechos cometidos (desescalada).

Junto a la aportación de Leblanc y Loeber, como teorías del desarrollo referentes dentro de este ámbito, destacaremos también la aportación de Moffitt y su taxonomía que diferencia entre infractores adolescentes y delincuentes persistentes, la teoría integradora del potencial antisocial cognitivo, de Farrington, y la actual formulación de Santiago Redondo y su modelo del triple riesgo delictivo, por entender como sus propios autores, que representa una formulación con una estructura meta-teórica, que lejos de rivalizar con otras teorías, su estructura global permite la conexión e integración de éstas.

En cuanto a las aportaciones de Moffitt, su actual taxonomía queda integrada por cuatro grupos de sujetos, siendo estos los siguientes (Piquero y Moffitt, 2008):

1. *Delincuentes persistentes*. Representado por una proporción pequeña, del 5 al 8 por ciento, del total de quienes participan en la delincuencia. Se trataría de jóvenes que se inician de modo temprano en la comisión de delitos, con tasas altas de incidencia, versatilidad delictiva que incluye delitos violentos, y que continúan sus carreras delictivas siendo adultos. Los principales factores de riesgo de este grupo de persistentes sería de naturaleza individual neuropsicológica, de origen hereditario o adquirido, y manifestación temprana en forma de déficits cognitivos difusos, problemas temperamentales, e hiperactividad. Dichas dificultades pueden agravarse a través de su interacción con otros factores de riesgo ambiental (crianza familiar inadecuada, problemas en escuela, relaciones con amistades delincuentes, etc.). Para Moffitt, las interacciones recíprocas entre todos estos factores de riesgo, conducirían a una personalidad problemática versátil propensa a las conductas antisociales, que incluirían agresión física, reiteración delictiva, problemas laborales, y violencia en las relaciones de pareja.
2. *Jóvenes que cometen delitos exclusivamente en la adolescencia*. Lo integran el porcentaje más elevado de quienes cometen infracciones o delitos. Para Moffitt, las conductas delictivas de este grupo tendrían un matiz social, vinculados al grupo de iguales, y se trataría de jóvenes con un desarrollo neuropsicológico normal. La causa de su implicación en actividades delictivas sería explicada aludiendo a la interacción entre falta de maduración personal y la influencia de su contexto social. El cese de sus trayectorias disruptivas se produciría a medida

que estos jóvenes maduran y gradualmente van accediendo a roles adultos a nivel laboral, relaciones de pareja, independencia económica, etc.

3. *Jóvenes que no comenten delitos*. Grupo integrado por un pequeño grupo de adolescentes que no cometen actividades ilícitas ni delictivas.
4. *Delincuentes con problemas mentales*. Grupo muy reducido que pueden cometer delitos diversos (hurto, agresión, abuso sexual, etc.) como resultado de padecer ciertos trastornos mentales (deficiencia mental, esquizofrenia, etc.)

Dentro de este paradigma de la criminología del desarrollo, que se centra en el estudio de las carreras delictivas, una de las propuestas explicativas más representativas es la teoría integradora del potencial antisocial cognitivo de Farrington (Redondo y Garrido, 2013). Según este autor, en base a su estudio de Cambridge antes citado, la delincuencia constituye un elemento más de los muchos que participan en la conducta antisocial, la cual puede tender a persistir a lo largo del tiempo. En relación a esto, plantea dos conceptos centrales, uno de ellos es el de “potencial antisocial” o capacidad que presenta un individuo de realización de actos antisociales, y el otro, la “decisión de cometer un delito”.

Para Farrington, existiría un “potencial antisocial persistente”, que difiere entre los individuos, de la edad y que se encontraría determinado en función de la impulsividad, tensión, procesos de socialización y modelado del comportamiento, y experiencias vitales. Según Farrington, la mayoría de los individuos tienen un potencial antisocial bajo, pero un grupo reducido presenta un alto potencial delictivo que incrementa la probabilidad de que se impliquen en distintos tipo de conductas antisociales y delitos.

Relacionado con este potencial antisocial, existirían tres tipos de factores o procesos de los que depende que los jóvenes desarrollen altos potenciales antisociales. El primero de ellos sería los procesos energizantes, entendidos como motivadores de conducta, como pueden ser deseos de bienes materiales, prestigio social, deseos de estimulación, nivel de frustración y de estrés, y el consumo de alcohol. En segundo lugar, destaca la influencia de los modelos antisociales. El tercero de estos factores hace referencia a la existencia de experiencias de pobre crianza familiar (familias problemáticas, escasa ansiedad y temor frente a situaciones de riesgo).

Una apreciación que efectúa Farrington en su teoría respecto a su concepto central de “potencial antisocial”, es que siendo este un potencial persistente o a largo plazo, un individuo podría experimentar variaciones en su propio potencial antisocial en función de la edad, motivación y factores situacionales, aspecto éste que sintoniza con la perspectiva del desarrollo vital en la que se incluye su teoría.

Respecto al segundo concepto central de su teoría, “la decisión de cometer un delito”, este sería dependiente de la interacción entre el sujeto y su ambiente social específico. Considerando una mayor probabilidad de cometer el delito, cuando en presencia de una significativa “tendencia antisocial”, se presentan determinadas circunstancias, entre las que destaca la oportunidad de la situación dada, la valoración favorable de costes y beneficios, y de las probabilidades subjetivas de la persona de los resultados que se puedan derivar de dicha acción.

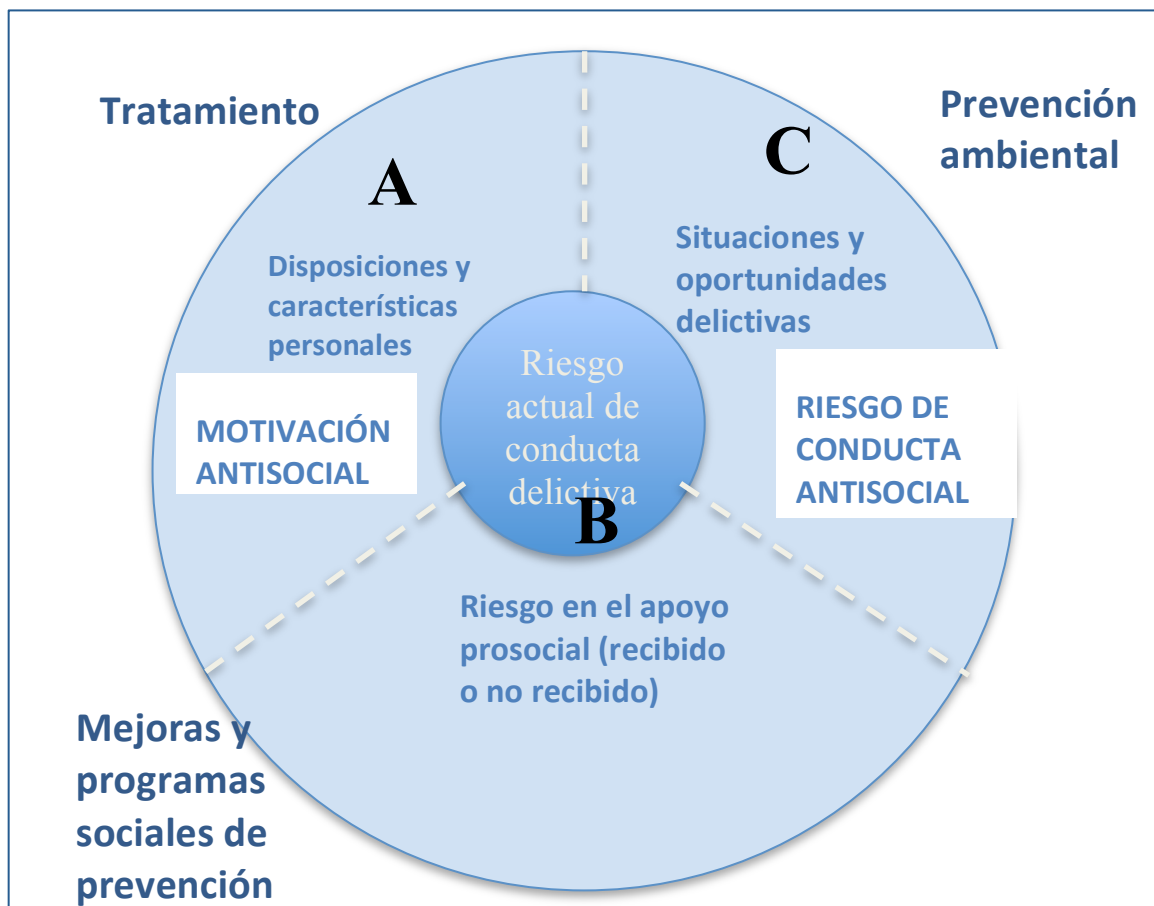
La teoría de Farrington también tiene en consideración explicaciones relacionadas con el eje temporal en relación a las carreras delictivas, diferenciando en éstas tres momentos significativos. Por un lado, el inicio de la conducta delictiva dependería de un modo fundamental de la mayor influencia sobre el niño o adolescente de su respectivo grupo de iguales, especialmente en la adolescencia. La persistencia en el delito dependerá en gran medida de la estabilización que se produzca en el sujeto de su potencial antisocial, como resultado de un intensivo y prolongado proceso de aprendizaje. En última instancia, el abandono de la carrera delictiva o desistimiento estaría vinculado a la medida en que el joven mejore sus habilidades de satisfacción o consecución de sus objetivos y deseos por medios legales y aumenten sus vínculos afectivos con otros sujetos o parejas no antisociales.

En último lugar, consideramos de particular interés presentar una propuesta teórica, también enmarcada en la criminología del desarrollo vital, el Modelo del Triple Riesgo Delictivo de Santiago Redondo. Como las demás teorías de este paradigma, parte de los factores de riesgo, pero su intención es desarrollar una formulación meta-teórica, que permita dar cabida de forma compatible, distintos procesos y explicaciones sobre la delincuencia (Redondo y Garrido, 2013).

El desarrollo de esta formulación se basa en los análisis sobre el apoyo social como eje de la prevención, las teorías situacionales del delito y la investigación sobre factores de riesgo y protección.

Un aspecto propio de este modelo, es que conciben los factores de riesgo y protección desde una perspectiva dimensional, entendiendo que un mismo factor de riesgo se puede presentar en dos personas distintas en mayor o menor medida, por tratarse de variables continuas y graduadas. Todas estas dimensiones de riesgo son posteriormente agrupadas en tres fuentes de riesgo, categorizadas del siguiente modo: 1) riesgos personales, b) carencias sociales y c) oportunidades delictivas. Desde este modelo del triple riesgo delictivo, se considera que la combinación particular de elementos pertenecientes a las tres fuentes de riesgo precipita procesos específicos criminogénicos ( ver Figura 2) (Redondo y Garrido, 2013; Redondo, 2008b).

Figura 2: Fuentes de riesgo del Modelo del Triple Riesgo Delictivo Fuente: Redondo (2008b)



Junto a este postulado central que establece que la probabilidad individual del delito es dependiente de la interacción en un mismo sujeto de Riesgos personales, Carencias en apoyo prosocial, y Exposición a oportunidades delictivas, se considera de utilidad el concepto de motivación antisocial que los complementa. La motivación antisocial estaría haciendo referencia a la disposición individual para la implicación en delitos, a través de creencias, afectos o conductas de aproximación a objetivos delictivos. Se trata de un concepto similar al planteado por Farrington cuando hace referencia a su “potencial antisocial”. Para el modelo de Redondo, la motivación antisocial estaría en función de la interacción entre las dimensiones Riesgos personales y Carencias en apoyo prosocial.

De la interacción entre la motivación antisocial y las oportunidades para el delito se desprende un último principio, denominado de interdependencia. Este haría referencia a que aquellos sujetos con alta motivación delictiva tendrán mayor probabilidad de verse expuestos a oportunidades delictivas, y viceversa, la frecuente exposición por parte de un sujeto a oportunidades delictivas hará más probable que aumente su motivación delictiva (Redondo y Garrido, 2013).

En última instancia, de la formulación teórica del Modelo del Triple Riesgo Delictivo, se propone que para cada una de las fuentes de riesgo se requiere de abordajes preventivos diferentes. Así, para el conjunto de factores de riesgo dimensionales contenidos en la categoría de Disposiciones y características personales se van a requerir intervenciones educativas y de tratamiento dirigidas a minimizar el riesgo de los factores que esta categoría incluye (alta impulsividad, pensamiento que justifican el delito, baja empatía, déficits intelectuales, etc.). En cambio, para la fuente de riesgo asociada a Carencias en el apoyo social (referidos tanto a la familia, escuela y comunidad), las necesidades preventivas se dirigirían hacia la implementación de programas sociales de amplio espectro. En último lugar, respecto a la categoría Oportunidades delictivas, las medidas de prevención ambiental serían las adecuadas.



## **4. APORTACIONES DE INTERÉS A LA DELINCUENCIA DESDE EL ÁMBITO SOCIAL, PSICOLÓGICO Y CLÍNICO**

### **4.1. Aportaciones desde el ámbito Social**

#### **4.1.1. Contexto familiar**

No cabe duda que el contexto familiar, como ámbito socializador primario emerge como objetivo central en las investigaciones relacionadas con el fenómeno delictivo. La importancia de este factor no está exclusivamente circunscrita a su función eminentemente socializadora, pudiendo estar implicados determinados aspectos disfuncionales de la misma, que podrían dar lugar a la facilitación y mantenimiento de conductas delictivas.

Desde la perspectiva del aprendizaje social, el contexto familiar influye en el desarrollo evolutivo del niño al menos en dos dimensiones. La primera, de carácter normativo, estaría orientada a la transmisión de reglas, valores y normas sociales. La segunda dimensión, de tipo relacional, facilitaría el aprendizaje de esas normas y el compromiso con los distintos miembros de la sociedad.

El análisis de las distintas variables familiares y su intrínseco valor predictivo con la aparición de una conducta antisocial en la infancia, ha sido puesto de manifiesto en numerosos estudios. Así, entre los aspectos más citados, encontramos el consumo de alcohol, que la familia sea numerosa, el bajo estatus socioeconómico, la ausencia del padre del hogar, y en especial, las prácticas de crianza basadas en el castigo y la inconsistencia, además de la baja supervisión paterna, falta de comunicación y la presencia de actitudes de rechazo (Otero-López et al., 1994).

Loeber y Southamer-Loeber (1986), a partir de su estudio meta-analítico sobre los predictores más evidentes de delincuencia en chicos y chicas, afirman que una variedad de conductas problemáticas y condiciones dentro del ambiente familiar constituían predictores eficaces tanto de la delincuencia general, como de la reincidencia y la delincuencia grave.

Por lo que respecta a las conclusiones del estudio longitudinal de Cambridge, destacaron una alta relación entre ciertos aspectos o factores pertenecientes al ámbito familiar (pobreza, familias numerosas, mala relación matrimonial, métodos de crianza inconsistentes o la presencia de antecedentes delictivos en los progenitores), y la probabilidad de aparición de un conjunto de tendencias o conductas socialmente inadecuadas durante los últimos años de la adolescencia y en el inicio de la edad adulta, tales como la delincuencia, el consumo excesivo de alcohol y drogas, conducción temeraria y conducta violenta. Es tal la significación o eficacia predictiva de estos aspectos, que para Farrington (1992), el delincuente común tiende a haber nacido en una familia problemática, con conflictos conyugales, bajos ingresos y antecedentes delictivos, con prácticas de crianza severas, escasa supervisión, disciplina rígida o inconsistente y relaciones entre los padres y los hijos poco sólidas y poco afectivas.

De los diversos aspectos disfuncionales del contexto familiar anteriormente citados, uno de los especialmente estudiados ha sido las prácticas disciplinarias y actitudes de los padres con respecto a los hijos. Los perfiles más comúnmente encontrados en jóvenes delincuentes, se relacionan con una figura paterna con tendencia a ser duros y/o inconsistentes en sus actitudes y prácticas disciplinarias, a recompensar la conducta desviada directamente por medio de la atención y conformidad, y a ignorar la conducta prosocial (Kazdin y Buela, 1994). En este sentido también apuntan diversos estudios longitudinales recientes como elementos significativos en la predicción del comportamiento antisocial las pobres relaciones afectivas familiares y pautas de supervisión y disciplina inconsistentes (Johnson et al., 2004; Leschied et al., 2008; Loeber et al., 2005)

Estas pobres relaciones afectivas también se traducen en padres que suelen mostrar menor aceptación de sus hijos, menos afecto y apoyo emocional, y un menor apego. Precisamente, en el estudio multidimensional de Otero-López, Romero y Luengo (1994), con una muestra de 230 adolescentes y un seguimiento de tres años, este escaso apego se ha señalado como uno de los factores vinculados con la conducta delictiva.

Otra aportación relevante que relaciona el afecto familiar como predictores de conducta delictiva, son la investigaciones de Canter citadas en Redondo y Garrido (2013) y las Henggeler et al (1989), convergiendo ambos estudios en señalar que las

relaciones familiares inapropiadas (falta de atención, ayuda materna, baja aceptación, pobre atención y respuesta afectiva ante necesidades), predecían el inicio de carreras delictivas en 20% (varianza explicada). Si bien, también encontraron como variables predictoras más potente, dos factores diferentes: el contacto con iguales delincuentes y la edad de la primera detención.

Otros factores familiares ampliamente aceptados en la desviación conductual de los menores, han sido la ruptura del vínculo conyugal y/o la separación temprana, especialmente si a estas circunstancias le acompañan un ambiente de miseria económica, moral y social. Pese a esto, la ausencia de una vinculación afectiva entre los miembros del núcleo familiar parece ser aún más relevante que la ausencia de uno de los padres en las relaciones existentes entre familia y delincuencia. En las investigaciones se demuestra consistentemente que las relaciones entre los padres de niños antisociales y delincuentes se caracterizan por la infelicidad, la presencia de conflictos y las agresiones (Hoeve et al., 2012).

Como apunta Farrington (1992), los hallazgos evidenciados van en concordancia con aquellas explicaciones psicológicas que enfatizan que la delincuencia ocurre cuando el proceso normal de aprendizaje basado en las recompensas y castigos de los padres, se ve alterado por una disciplina errática, una pobre supervisión, hostilidad entre los padres, y modelos paternos antisociales y criminales, planteándose que si no se crean unas sólidas relaciones entre las personas implicadas en las situaciones de interacción, los castigos y recompensas mediados interpersonalmente ejercerán poca influencia.

Si bien en este apartado, nos hemos detenido en el análisis de aquellas variables del contexto familiar que se relacionan en mayor medida con el inicio y desarrollo de la delincuencia en los menores infractores, conviene también recoger en este ámbito aquellos fenómenos delictivos en los que los propios padres son víctimas de la violencia protagonizada por sus propios hijos.

Este delito, tipificado como violencia filio-parental, está adquiriendo durante los últimos años una presencia creciente en nuestra sociedad, siendo un tipo de violencia que cada vez más no solo permanece en la esfera privada de las familias, sino que trasciende al ámbito público cuando estos hechos son denunciados, tal y como se

desprende del análisis de las estadísticas oficiales, y corroboramos en la experiencia diaria en los centros de reeducación, así como en los datos de esta investigación, donde tras los delitos relacionados con las diversas variantes de robo (hurtos, robo con fuerza, robo con violencia e intimidación), constituyen el delito más frecuente

Autores como Garrido (2011) ven en este fenómeno el impacto de diversos aspectos sociales actuales que influyen negativamente en la competencia y/o eficacia de las familias en la educación de los hijos, favoreciendo la emergencia de hijos “tiranos”, según el autor, que se comportan con sus padres de un modo insensible, desobedeciendo las normas de convivencia, y adoptando la violencia y maltrato (físico, emocional, psicológico y financiero), como medio para conseguir sus propósitos.

En cuanto a los aspectos sociales antes mencionados, que posiblemente guardan relación con este fenómeno, destaca el desarrollo en nuestra sociedad de una filosofía vital hedónica basada en el consumismo como aprendizaje válido de satisfacción de necesidades, la mayor facilidad que cuentan en la actualidad los adolescentes para acceder a conductas de riesgo, el retraso en la adopción de roles de responsabilidad en los jóvenes, la dificultad de ejercer una adecuada supervisión por parte de padres que cuentan en la actualidad con trabajos más estresantes (mayor precariedad en las condiciones laborales, necesidad de trabajo de ambos progenitores, mayores exigencias laborales en la actualidad relacionadas con el reciclaje y la movilidad), aspectos todos ellos que confluyen en una educación que se ve mermada en su capacidad de desarrollar en los menores y jóvenes una mejor conciencia moral, sentimientos de responsabilidad y adecuadas habilidades emocionales.

Por último, y en relación al fenómeno delictivo que nos ocupa, existen diferentes rutas a través de las cuales los hijos ejercen violencia hacia los padres. En cada menor con problemas de violencia filio-parental pueden estar presentes una o más de las siguientes causas, presentando una mayor gravedad aquellos casos en los se combinan mayor número de factores de riesgo. En todo caso, cada menor y su familia con este tipo de problemática, difiere en la combinación particular de las mismas, no siendo acertada en cualquier caso la valoración u opinión que muestran aquellas personas que conciben cualquier caso de violencia filio-parental como consecuencia de la ineficacia de los padres en su labor como educadores.

Según Garrido (2011), una de las principales causas se relaciona con la presencia de déficit en las pautas educativas, que derivan en prácticas de crianza ineficaces, considerando dichas prácticas como malos tratos por parte de los padres (tanto por comisión como por omisión). Entre estas destaca la existencia de una supervisión inadecuada (los padres desatienden las necesidades de sus hijos, no supervisando necesidades de estos, actividades y relaciones), dificultad en controlar el comportamiento (se trata de menores que desobedecen a los padres, llegando a mostrar frecuentes pérdidas de control), disciplina inapropiada (tanto en forma de padres que hacen un uso excesivo del castigo físico, reglas muy estrictas, gritos y amenazas, así como aquellos padres cuyo estilo de crianza está más asociado a prácticas de crianza permisivas), pautas inconsistentes (que se traduce en dificultad por parte de los padres a la hora de establecer reglas claras y consistentes en relación al ámbito escolar, hora de llegar a casa, amistades, etc.), malas relaciones padres-hijos (existencia de relaciones hostiles y negligentes, en la que pueden estar presentes sentimientos de odio, insatisfacción e indiferencia).

Junto a los malos tratos como vía de aprendizaje o acceso a este tipo de violencia, también encontramos como otras vías o causas de carácter significativo, la posibilidad de que estos menores hayan sido testigos de violencia doméstica en sus hogares, así como la presencia de trastornos mentales y las reacciones límites que pueden presentarse en la convivencia provocadas por el consumo de drogas de los hijos.

#### 4.1.2. Ámbito escolar

Uno de los resultados más comúnmente citados en la literatura especializada es la presencia de un alto porcentaje de fracaso escolar en los delincuentes juveniles. Otro hallazgo consistente es que las conductas perturbadoras en la escuela se relacionan con la conducta delictiva posterior. Todo lo cual apunta a la posibilidad, de que aquellos niños y jóvenes menos capacitados y con peor conducta en la escuela presentan mayores probabilidades de cometer delitos que aquellos que presentan un buen rendimiento escolar y un buen ajuste en la escuela (Garrido, 1987; Lösel y Farrington, 2012)

Otro de los factores relacionados con una consolidada tradición en este ámbito, son los estudios que analizan la relación entre inteligencia y delincuencia. La investigación actual sigue constatando que los delincuentes muestran, como promedio, menos inteligencia (Jolliffe y Farrington, 2009). Siendo estos niveles aún más bajos en delincuentes crónicos, como se desprende del estudio de Chico (1997) (citado en Redondo y Garrido, 2013). Desde la concepción de inteligencia que miden los test (inteligencia manipulativa vs verbal), los delincuentes no suelen presentar problemas a nivel de inteligencia manipulativa, los déficits importantes se asocian a la inteligencia verbal (habilidades relacionadas con el pensamiento y el lenguaje).

Pese a la contundencia de los resultados obtenidos en estos factores, el modo en que tales variables se encuentran relacionadas no resulta una cuestión clara. No sabemos si el fracaso escolar es una causa de la delincuencia, si la conducta perturbadora en el aula es la variable causante del fracaso escolar, o bien, si ambos son distintas manifestaciones de un patrón desviado previo. Esta última opción, es la que da soporte a la hipótesis de conexión indirecta entre bajas habilidades intelectuales, especialmente verbales, y la conducta delictiva de Henggeler (1989).

La consideración de las pobres habilidades intelectuales como punto de partida en la secuencia de problemas que conducen al fracaso escolar, también se ha empleado como causa explicativa de dificultades posteriores, tales como la mayor frecuencia en esta población de dificultades psicosociales y la aparición de retrasos en la adquisición de procesos cognitivos necesarios para interacción social como la empatía, razonamiento moral y la habilidad para solucionar problemas cognitivamente (Lösel y Farrington, 2012).

Otra alternativa explicativa sugerente respecto a las relaciones entre la escuela y la delincuencia corresponde a la teoría del desarrollo social de Hawkins y Weis (1985). Dicha aproximación identifica la familia, la escuela y el grupo de iguales como las unidades más importantes en el desarrollo del ser humano, de tal modo que cuanto mayor sea el grado de compromiso que el niño mantenga con ellas, más posibilidades existirán para prevenir la aparición de la delincuencia juvenil, siempre y cuando los modelos de comportamiento sean de tipo prosocial.

Al margen de las posibles explicaciones acerca de las relaciones entre fracaso escolar, conducta perturbadora y delincuencia, las investigaciones longitudinales que analizan los factores predictores más eficaces en relación al desarrollo de una carrera delictiva, plantean los siguientes resultados. Loeber y Stouthamer-Loeber (1986) y , en su estudio antes mencionado, llegaron a la conclusión de que los malos resultados escolares eran en cierto grado anunciadores de delincuencia futura, y que la mayoría de los delincuentes crónicos podían ser reconocidos por sus problemas de conducta y otras deficiencias presentes en la edad escolar (generalmente eran niños impacientes, irresponsables, y con conducta perturbadora y dañina hacia los demás). Respecto a estas deficiencias, Farrington (1992), señala que estos niños pueden ser identificados por sus profesores en el primer grado escolar, ya que manifiestan comportamientos perturbadores de forma continuada. En relación al logro educativo, este autor indica que un bajo nivel intelectual y de éxito escolar entre los 8 y 10 años permite predecir la delincuencia juvenil, tanto la oficial como la no declarada, así como la comisión de delitos en la edad adulta y la reincidencia.

Respecto al nivel intelectual, este constituye también uno de los tradicionales factores de análisis, en el que reiteradamente se ha puesto de manifiesto la existencia de una correlación entre baja inteligencia y conducta delictiva (Rutter y Giller, 1988). La revisión de bibliografía, por parte de Hernstein y Murray (1994), que estudia relación entre cociente intelectual y delincuencia, refleja que en promedio los delincuentes presentan de media un cociente 8 puntos por debajo de la media poblacional, que se sitúa en 100.

Sin embargo, esta menor inteligencia se encuentra mucho más correlacionada con la escala verbal de los test que miden inteligencia, no con la manipulativa. Es decir, los déficits estarían muy presentes con todas aquellas habilidades relacionadas con el pensamiento y el lenguaje. Esta observación ha generado explicaciones teóricas como la de Henggeler (1989), que formula una hipótesis en la que las dificultades intelectuales y la conducta delictiva estarían conectadas de modo indirecto. De tal modo, que las bajas habilidades intelectuales en inteligencia verbal conducirían a dificultades académicas y fracaso escolar, también se asociarían con dificultades psicosociales en general, retrasos en la adquisición de procesos cognitivos, siendo los déficits en estos últimos los que correlacionan con la conducta antisocial y delictiva (Lösel y Farrington, 2012).

La investigación más actual confirma estos resultados, los jóvenes delincuentes presentan como promedio menos inteligencia (Jolliffe y Farrington, 2009), y entre los chicos en situación de riesgo social, la inteligencia adecuada se presenta como factor de protección (Brackenreed, 2010).

No obstante, pese a la constatación de que muchos delincuentes presentan retrasos notables en la adquisición de destrezas cognitivas, no se considera que esta sea causa directa de la delincuencia, sino que más bien dichas carencias constituirían una situación de desventaja para el individuo que le haría más susceptible a las influencias criminógenas (Garrido, 2010).

#### 4.1.3. Grupo de pares

El grupo de pares con los que un sujeto se relaciona constituye otra variable investigada en la explicación de la delincuencia. La literatura especializada refleja que una gran proporción de delitos, los más comunes y algunos serios, son cometidos en grupo, generalmente formado por dos o tres sujetos. Del mismo modo, dichas investigaciones también muestran que el grupo de iguales desempeña un papel fundamental en el desarrollo de las conductas antisociales en los jóvenes (Osgood y Anderson, 2004).

Si bien es cierto que a lo largo del desarrollo evolutivo los adolescentes pueden verse influidos por las creencias y valores de los padres en temas importantes (p.ej. metas futuras), la investigación actual señala que durante la adolescencia la influencia del grupo de iguales puede ser muy superior a la de la familia (Harris, 2000). De hecho, las evidencias encontradas por algunos estudios van en la dirección de considerar al grupo de iguales como formador fundamental en actos delictivos y antisociales (Granic y Patterson, 2006; Patterson, Debarryshe y Ramsey, 1989).

En este sentido, el de las diferentes influencias procedentes del grupo de iguales y los padres, las aportaciones procedentes de la criminología del desarrollo vital son de particular interés. Desde esta concepción, que se explicará en el epígrafe de aproximaciones teóricas, consideran importante tener en cuenta el impacto diferencial



de los predictores de riesgo en función de la edad, y por consiguiente de las características de la etapa del desarrollo evolutivo en la que se encuentra el menor.

En este caso particular, resulta relevante el meta-análisis que llevaron a cabo Lipsey y Derzon (1997), dirigido a estudiar la fuerza de los predictores para predecir delincuencia grave posterior. De los diversos resultados de interés, en relación con la influencia del grupo de pares destaca el siguiente resultado. Los mejores predictores de delincuencia grave, difieren para cada grupo de edad en los que se efectuó la predicción. De tal modo que para el grupo de edad 6-11 años, los más potentes fueron: haber cometido un delito dentro de esa franja de edad (.38) y uso alcohol/drogas (.30). En cambio, para el grupo de edad 12-14 años, los mejor predictores fueron: vínculos sociales (.39) y Grupo de amigos antisociales (.37)

Partiendo de estas evidencias, algunas explicaciones de este fenómeno señalan una posible relación entre ciertas situaciones de rechazo que pueden experimentar estos niños y adolescente por su conducta agresiva (Kupersmidt, Coie y Dodge, 1990). Los menores que han sido rechazados a los diez años se alían con otros menores antisociales, y esta asociación facilita que realicen conductas antisociales más graves (Keenan et al., 1995). Y cuando los menores llegan a la adolescencia, estos grupos pueden atraer a otros jóvenes, que no habían cometido delitos. Como ya hemos mencionado en otros apartados anteriores, este último grupo de adolescentes que no han cometido delitos en la infancia y que suelen cesar su actividad delictiva tras la adolescencia, son los registrados en los diversos estudios longitudinales y denominados por Moffitt como jóvenes que cometen delitos exclusivamente en la adolescencia (Piquero y Moffitt, 2008).

Al margen de las posibles explicaciones asociadas a este factor de riesgo, entre los investigadores cuyos trabajos han constatado la influencia que el grupo de pares antisociales ejerce sobre la conducta de un sujeto empujándolo hacia la delincuencia destacan Brownfield y Thompson 1991, así como Goodnight, et. al., 2012. En nuestro país, el estudio empírico realizado por Romero, Garra y Luengo (1993), con una muestra de 2030 adolescentes varones, se defiende la idea de que la conducta antisocial en la adolescencia está influida por el grupo de iguales en el que el sujeto se encuentra integrado, y que la participación en actividades antinormativas de dicho grupo de

amigos constituye un importante factor predictor de la conducta antisocial del sujeto. Todo lo cual parece estar relacionado con la importancia que dicho grupo de pares adquiera como agente socializador durante la etapa de la adolescencia (Otero-López, et al., 1994).

Los estudios enfocados a la predicción (Lipsey y Derzon, 1997), también confirman la relevancia del grupo de amigos como factor de riesgo para delinquir, lo que ha generado el planteamiento, de que si la presencia de amigos delincuentes representa un importante factor de riesgo para el desarrollo o mantenimiento de conductas delictivas, las estrategias de intervención deben de orientarse a la configuración de programas que o bien reduzcan sus efectos, o bien incrementen la influencia de grupos prosociales que disminuyan dicho impacto.

#### 4.2. Aportaciones desde el ámbito Psicológico y Clínico

El ámbito psicológico constituye un área de investigación empírica tradicionalmente asociada al estudio de la conducta delictiva, comprendiendo un conjunto de variables cuya influencia a lo largo del ciclo vital de una persona resultan clave. De este modo, algunos de los descubrimientos psicológicos más relevantes sobre la génesis o mantenimiento de la conducta delictiva han centrado su atención en variables tales como la inteligencia, la personalidad, el ámbito clínico y psicopatológico (conducta antisocial, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno de personalidad antisocial, psicopatía, etc.), así como determinadas variables cognitivas y afectivo-motivacionales (razonamiento moral, resolución de problemas, empatía, impulsividad, pensamiento crítico, pensamiento abstracto, etc.).

Con la finalidad de aproximar las aportaciones más relevantes dentro de este ámbito a los objetivos del presente trabajo de investigación, focalizaremos nuestra atención en aquellas aportaciones vinculadas a la delincuencia, que se han efectuado desde los ámbitos de la personalidad, clínico y psicopatológico.

#### 4.2.1. Personalidad y conducta delictiva

Pese a que la evidencia arrojada por los estudios es favorable a la relación entre personalidad y delincuencia (Sobral et al., 1998), la investigación de dicha relación se ha presentado como un tema de estudio complejo, debido tanto a las dificultades inherentes a las numerosas definiciones y teorías circunscritas al concepto de personalidad, así como por las complicaciones metodológicas que subyacen al estudio de esta variable psicológica.

Respecto de la relación existente entre los rasgos de personalidad y la conducta antisocial, existe cierto consenso entre los investigadores en considerar la teoría de la personalidad de Eysenck, como una aproximación teórica con una adecuada validez en la comprensión de la conducta antisocial y delictiva (Romero, Luengo y Sobral, 2001; Sobral et al., 2000 y White et al., 1994).

La teoría de Eysenck (1964, 1987), postula que la personalidad puede describirse en base a tres dimensiones básicas configuradas por diversos rasgos de personalidad:

- Extraversión (cuyos rasgos serían sociabilidad, vitalidad, actividad, dogmatismo, búsqueda de sensaciones, despreocupación, dominancia, surgencia y aventura)
- Neuroticismo (ansiedad, sentimientos de culpa, baja autoestima, tensión, irracionalidad, timidez, tristeza y emotividad)
- Psicoticismo (agresividad, frialdad, egocentrismo, impulsividad, baja sociabilidad, baja empatía, creatividad y falta de compasión).

Estas tres dimensiones de personalidad (Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo), se relacionan positivamente con la conducta antisocial, pero tal y como propuso Eysenck en 1996, consideró que de las tres dimensiones es el Psicoticismo el que más claramente se relaciona con la delincuencia, conformando el núcleo de lo que denominó psicopatía primaria; mientras que la extraversión y el neuroticismo, estarían relacionadas con la psicopatía secundaria. Eysenck ya indicó que en función del género,

el tipo de muestra y la edad, entre otras variables, el grado de correlación entre sus tres dimensiones y la conducta delictiva, podía variar.

Para analizar estas diferencias, la revisión de estudios previos llevada a cabo por Pérez (1986), le conduce a afirmar que la variable Psicoticismo (P) no parece suscitar ninguna duda respecto a su relación con la conducta antisocial, pues aparece relacionada con ella en prácticamente todos los estudios (Eysenck, 1976; Eysenck et al., 1989; López-Soler y López, 2003; Pérez, 1984;).

En cuanto a la relación entre psicopatía y problemas de conducta en menores, un estudio de Frick et al. (1994), proporciona una base para su comprensión. Los análisis factoriales obtuvieron dos factores que eran similares a los hallados en los estudios de adultos (Harpur et al., 1989): un factor Impulsividad/Problemas de conducta en chicos, incluía impulsividad, pobre control de los impulsos y delincuencia. El otro factor Duro/Sin emociones, captó una dimensión de conducta que se caracterizó por carencia de culpa, falta de empatía y encanto superficial, las cuales son consideradas características principales en las descripciones clínicas de psicopatía (Cleckley, 1976; Hare, 1970).

Con respecto a la variable Extraversión (E), la explicación que Eysenck (1983) da ante los resultados inconsistentes que se obtienen con esta variable y su relación con la conducta antisocial, es que la extraversión esta compuesta principalmente por los rasgos impulsividad y sociabilidad, y es fundamentalmente el primero de ellos el que correlacionaría con la conducta antisocial, como se ha visto en numerosos trabajos, (Krueger et al., 1994; Rowe, 1986; White et al., 1990).

La Impulsividad es entendida como un fracaso para planificar, para inhibir respuestas inadecuadas (tendencia a responder con la conducta más fácilmente disponible), dificultad para planificar respuestas, tendencia a interrumpir o interferir frecuentemente en otros, no atender las normas que se les dan e incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias. La impulsividad como rasgo de personalidad, implica una predisposición a responder de forma rápida y espontánea en general, y es considerada como un factor temperamental, de fuerte sustrato biológico (Eysenck, 1997; Zuckerman, 1983).

En cuanto al Neuroticismo (N), los resultados se muestran contradictorios, ya que algunos estudios encuentran relaciones positivas entre esta variable y la conducta antisocial en sujetos libres.

Desde un modelo alternativo, Gray (1972, 1983), trata de analizar la relación entre delito y personalidad, y propone dos dimensiones básicas de la misma: ansiedad e impulsividad. Considera que la delincuencia se relaciona con una sensibilidad alta a las señales de recompensa (dimensión de impulsividad) y también con una sensibilidad relativamente débil a las señales de castigo (dimensión de ansiedad). La relación que establece entre estas dos dimensiones de personalidad y la conducta antisocial sería: alta impulsividad y baja ansiedad.

En cuanto al estudio en adolescentes realizado por López-Soler y López (2003), y los datos obtenidos con respecto a las dimensiones de personalidad de Eysenck, se confirma parcialmente la teoría de Eysenck pues solo la dimensión Psicoticismo aparece claramente relacionada, aunque para la conducta antisocial también aparece el neuroticismo. Estos datos van en consonancia con los obtenidos por Gomá et al. (2001), en su estudio de jóvenes de ambos sexos, ya que obtienen correlaciones significativas para las dimensiones de psicoticismo, neuroticismo (chicos) y a nivel de rasgos de extraversión (alta impulsividad) con la conducta antisocial autoinformada.

Como podemos apreciar, la impulsividad aparece muy relacionada con la conducta antisocial/delictiva (Díaz y Baguena, 1989; Krueger et al., 1994; White et al., 1994), la cual estaría en estrecha relación con la variable retardo de la gratificación, lo que constata que se trata de adolescentes con dificultad a la hora de demorar la satisfacción de necesidades.

La impulsividad se muestra como una variable muy significativa como factor de riesgo, aumentando su valor como predictor cuando va unida a otras variables, tales como bajo apoyo parental, pertenencia a grupos con comportamientos antisociales, y en el caso de las chicas, déficits socioeconómicos (Sobral et al., 2000). Luengo et al. (2002), indican la importancia de elaborar perspectivas integradoras y proponen el patrón de “personalidad desinhibida”, caracterizado por rasgos como extraversión, búsqueda de sensaciones, neuroticismo y ansiedad, que jugarían un papel muy

importante en la conducta antisocial tanto para los procesos de activación como para una menor reactividad ante estímulos asociados al castigo.

La variable “búsqueda de sensaciones” constituye una de las aportaciones más sólidas en la explicación de la conducta delictiva. Entendiendo que el comportamiento criminal constituiría una respuesta a la necesidad constante de estimulación (Aluja y Torrubia, 1996; Arnett, 1996). De este modo, se considera que aquellas personas con una puntuación elevada en esta variable, presentarán una mayor predisposición a la conducta antisocial debido a su fuerte necesidad de riesgo y excitación.

Desde el ámbito de la personalidad, también se han producido aportaciones exclusivamente desarrolladas para explicar el origen del comportamiento antisocial, como la recogida por Lykken (1995) en su obra titulada *Las personalidades antisociales*. Desde su planteamiento existirían dos vías para el desarrollo de comportamientos antisociales. Una de las posibilidades se relacionaría con la exposición a un ambiente socializador deficiente o negligente, siendo este el camino hacia la sociopatía. En el segundo caso, la existencia de rasgos temperamentales predispondrían al sujeto a manifestar insensibilidad a las influencias de un contexto social adecuado, y por consiguiente impediría el desarrollo de la conciencia moral, ruta esta que conduciría al individuo a la psicopatía. Para Lykken, los rasgos del temperamento asociados a esta segunda ruta serían los siguientes: búsqueda de sensaciones, impulsividad y ausencia de miedo.

De la diversidad de explicaciones teóricas procedentes del ámbito de la personalidad, así como de dimensiones o factores relevantes citados (impulsividad, búsqueda de sensaciones, ausencia de miedo, etc.), consideramos de interés revisar una en particular, la teoría de la personalidad de Millon, pues constituye el fundamento teórico de uno de los instrumentos que empleamos en el presente trabajo de investigación (Inventario Clínico Adolescentes de Millon, MACI).

La teoría biopsicosocial y evolucionista de la personalidad (Millon, 1969, 1990), es reconocida como una de las teorías más comprehensivas desarrolladas, con aportaciones relevantes sobre los trastornos de personalidad, evaluación y tratamiento. En base a su hipótesis de continuidad en el desarrollo psicológico, Millon define la

personalidad como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que surgen a través del desarrollo como producto de una compleja matriz de determinantes biológicos y de aprendizajes. Estas características se expresan en todas las áreas de funcionamiento del individuo como modos preferentes de percibir, sentir, pensar, afrontar, relacionarse y comportarse.

Como características principales de esta formulación, destaca la utilización de una perspectiva teórica integradora, insistencia en el continuo “normalidad/patología”, e incorporación a su modelo de los principios de la teoría de la evolución.

La integración como característica básica en este modelo se traduce en el papel relevante que otorga simultáneamente a la estructura y dinámica de la personalidad, así como a la perspectiva nomotética e ideográfica. Esta concepción le conduce a una propuesta de prototipos de personalidad, a los que se les añade un rango de subtipos .

Si por personalidad normal entiende los distintivos estilos de adaptación que resultan eficaces en entornos normales. Los trastornos de personalidad son entendidos como estilos de funcionamiento inadaptados, que pueden atribuirse a deficiencias, desequilibrios o conflictos. Esta concepción permite establecer una serie de criterios relacionados con la presencia de un patrón de personalidad con trastornos.

- Escasa flexibilidad adaptativa (tendencia consistente a relacionarse consigo mismo y enfrentarse a las demandas del ambiente mediante estrategias rígidas e inflexibles, que se aplican siempre igual).
- Tendencia a crear círculos viciosos, producto de esas estrategias rígidas.
- Labilidad, fragilidad y ausencia de elasticidad de la persona ante situaciones que provocan estrés.

Esta continuidad entre normalidad y patología permite estudiar el modo en que personalidades sanas y patológicas son semejantes y diferentes, el proceso de desarrollo de los trastornos, y cómo estos individuos con trastornos pueden ser ayudados a conseguir un funcionamiento más saludable.

Dicha continuidad en la formulación teórica también se da en la construcción de instrumentos, tanto para la evaluación de personalidades sanas, que en adolescentes encontraríamos el MAPI (Millon Adolescent Personality Inventory), y el MACI (Millon Adolescent Clinical Inventory), su versión para población adolescente clínica

En cuanto al MACI, instrumento de interés en esta investigación, que se fundamenta en la teoría de Millon (1969, 1990), se orienta a evaluar el funcionamiento psicológico de adolescentes a través de la exploración de tres dominios o ámbitos presentes en el desarrollo de la adolescencia. Estos incluyen la estructuración de una personalidad con características propias (Rasgos prototípicos de personalidad), el tipo de reacciones frente a situaciones conflictivas propias del desarrollo (Preocupaciones expresadas), y la posible presencia de problemas clínicos de mayor prevalencia en esta etapa del desarrollo evolutivo (Síndromes clínicos).

Debido a su fundamentación teórica, áreas de exploración y propiedades psicométricas, el MACI constituye un instrumento de amplio uso en la evaluación psicológica de adolescentes (Camara, Nathan y Puente, 2000; McCann, 1999), resultando especialmente útil en la valoración de adolescentes con problemas clínicos y de adaptación social. Su aplicación o empleo en población no clínica resulta de interés en la detección de psicopatología.

El empleo del MACI como instrumento de detección de psicopatología, se ha mostrado como un recurso de suma utilidad para determinar la existencia de alteraciones en jóvenes sin historia clínica que incurren en delitos sexuales (Wasserman, 2001), para describir características de personalidad de jóvenes escolarizados en contextos de vulnerabilidad social (Pérez, Díaz y Vinet, 2005), así como para extraer y/o caracterizar a jóvenes en riesgo de trastornos psicológicos, y menores dentro del sistema de justicia juvenil (Casullo y Castro, 2002; Vinet, Salvo y Forns, 2005).

Entre las aplicaciones del MACI circunscritas a la investigación y evaluación relacionada con la delincuencia juvenil, resulta de utilidad las aportaciones de aquellos estudios dirigidos a discriminar dentro de esta heterogénea población de menores infractores, subgrupos más homogéneos en sus características de personalidad, preocupaciones y clínica, así como en función del tipo de delitos (violentos vs no



violentos), o contemplando la variable género, o investigando la capacidad del propio instrumento a la hora de evaluar psicopatía utilizando como patrón estándar la PCL-R, entre otras aplicaciones.

Respecto a esta última utilidad, la capacidad del MACI como instrumento de evaluación de la psicopatía, ha conducido a que autores como Murrie y Cornell (2000), desarrollen a partir del MACI, el Psychopathy Content Scale (PCS) que permite evaluar psicopatía utilizando como patrón estándar la PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised, Hare, 1991,2003). Se trata de la escala de psicopatía de 20 ítems del MACI. Esta escala correlacionó  $r = 0,69$  con la PCL-R y demostró una capacidad de discriminación entre grupos con puntuaciones bajas y altas en psicopatía en el 83% de los casos.

Las investigaciones de estos autores con la PCS plantean que esta escala puede resultar un instrumento útil en la descripción de rasgos psicopáticos entre adolescentes. Observaron que los adolescentes con puntuaciones altas en psicopatía, se distinguían en el MACI en diversos aspectos cuando los comparaban con adolescentes con bajas puntuaciones en psicopatía. La media del perfil del MACI para el grupo de jóvenes con puntuaciones altas en psicopatía, reveló una puntuación baja en la escala “Patrón de Conformidad”, menor “Sumisión” y bajos niveles de “Ansiedad”. Además este grupo también se mostraba Rebelde, Delincuente, Impulsivo y Tendiente al consumo de drogas con puntuaciones medias elevadas en estas escalas. También mostraban características de personalidad muy marcadas e Insensibilidad Social, aspectos acordes con elementos del factor 1 de la PCL-R, tales como frialdad y falta de remordimientos.

Por último, los resultados de esta investigación estaban dirigidos a comprobar si esta escala resultaba una herramienta útil de chequeo. Considerando que la obtención de puntuaciones altas en la misma debía emplearse como criterio para la evaluación más profunda de la psicopatía, así como en la toma de decisiones de intervención.

Esta última utilidad del MACI dirigida a la investigación y evaluación en menores infractores se desarrollará de un modo más extenso en el último epígrafe de este marco teórico, el dirigido a la evaluación.

Por último, dada cuenta de las características que reúne el MACI, formando parte de un sólido modelo integrado de la psicopatología y la personalidad, coordinado con el modelo multiaxial DSM, nos resulta particularmente idóneo como herramienta específica de evaluación, que complementa la evaluación de necesidades criminógenas o factores de riesgo procedente de las escalas actuariales (IGI-J) y enriquece las valoraciones sobre las necesidades de salud mental de los adolescentes objeto de nuestra atención, aquellos que se encuentran dentro del sistema de justicia juvenil.

#### 4.2.2. Psicopatología y delincuencia

Desde una perspectiva clínica, son diversos los enfoques diagnósticos desde los que se ha estudiado relaciones con la conducta antisocial, así como su evolución. En un estudio clásico de Graham y Rutter (1973), sus resultados mostraron que la presencia de un trastorno en la infancia aumentaba considerablemente la probabilidad de un diagnóstico psicopatológico en la adolescencia. En su investigación, del conjunto de menores que presentaban trastornos en la infancia (21%), la proporción de trastornos en la adolescencia fue de un 46% en aquellos con un trastorno emocional en la infancia, 58% en aquellos con un trastorno mixto en la infancia y 75% en aquellos con un trastorno de la conducta en la infancia.

A lo largo de los últimos años, la literatura científica sigue constatando una alta prevalencia de trastornos mentales en la población de jóvenes infractores, si bien esta mayor frecuencia de déficits relacionados con sus necesidades de salud mental, personalidad y funcionamiento cognitivo, se aprecian particularmente en el grupo de delincuentes reincidentes, que también protagonizan delitos más graves. Este grupo suele mostrar una compleja combinación de problemas de conducta, tales como el trastorno disocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y abuso de drogas (Brunelle et al. 2012; Kenny y Schereiner, 2009; Rayner, et. al., 2005).

Centrándonos en estos problemas de salud mental, uno de los sistemas de clasificación diagnóstica más utilizados es el publicado por la American Psychiatric Association, el DSM, del que ya se ha publicado su versión número 5 en 2013. Sin embargo, las investigaciones realizadas hasta ahora se han llevado a cabo con versiones anteriores de este manual. Atendiendo al DSM-IV-TR (APA, 2000), son diversas las

patologías que pueden relacionarse con el comportamiento antisocial, entre ellas encontramos el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante, los trastornos relacionados con sustancias, trastornos del control de impulsos, trastorno antisocial de la personalidad, y especialmente las relaciones entre conducta delictiva y psicopatía (Garrido, 2000).

El trastorno disocial (*conduct disorder*) en niños y adolescentes, se corresponde con el trastorno antisocial de la personalidad en adultos (TPA). Algunas investigaciones estiman que este trastorno afecta aproximadamente al 3,5% de todos los adultos (Grant et al., 2004). Aunque el TPA ha sido asociado con comportamientos agresivos (Crocker et al., 2005), algunos estudios plantean que se trata de un trastorno relativamente común entre los individuos no agresivos que violan las leyes. Se trata de un trastorno en el que se ha subrayado su dificultad de tratamiento, y por ello un volumen notable de investigación se ha centrado en identificar en niños predictores de este TPA, con la esperanza de que intervenciones tempranas puedan ser más exitosas (Lahey et al., 2005; Simonoff et al., 2004).

Teniendo en cuenta que en este trabajo de investigación la población objeto de nuestro interés es adolescente, focalizaremos la atención en este apartado, en aquellos trastornos mentales de inicio en la infancia y adolescencia en los que el elemento central es la presencia de conductas antisociales, como el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante, las actuales consideraciones en relación a la psicopatía en la población infantil y juvenil, así como ciertos trastornos que suelen presentarse con una significativa frecuencia asociados, tales como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), y los trastornos relacionados con sustancias.

Los cambios más importantes del DSM-IV-TR respecto del actual DSM-5 en nuestras áreas de interés implican que, el DSM-5 incorpora un nuevo capítulo, “Trastornos del control de los impulsos, disruptivos y de conducta”, que integran dos capítulos de la edición anterior, y que abarca los trastornos caracterizados por problemas en el autocontrol emocional y conductual. Del antiguo capítulo de los trastornos del control de los impulsos se recogen ahora el trastorno explosivo intermitente, la piromanía y la cleptomanía; y del capítulo de los trastornos de la infancia y adolescencia, se incluyen ahora el trastorno negativista desafiante, el

trastorno de conducta (anteriormente llamado trastorno disocial), y el trastorno de conductas disruptivas. Del mismo modo, el trastorno antisocial de la personalidad se incluye tanto en este capítulo como en el de los trastornos de personalidad.

En este nuevo capítulo de “trastornos perturbadores, del control de impulsos y de la conducta”, se engloban aquellos trastornos que presentan un déficit principal en el control emocional y comportamental, que a diferencia de trastornos de otras categorías con déficit similares, se manifiestan en forma de comportamientos que violan los derechos de los demás y/o conducen al individuo a conflictos significativos con las normas sociales o las figuras de autoridad.

#### 4.2.2.1. Trastorno disocial

En cuanto a la definición y criterios diagnósticos de este trastorno en el actual DSM-5, no se han producido modificaciones respecto de la versión empleada en nuestra investigación con el DSM-IV-TR. Si bien, la principal novedad es la aparición del especificador con emociones prosociales limitadas. Esta etiqueta daría cuenta de los rasgos “dureza e insensibilidad afectiva”, características que han mostrado relativa estabilidad a través de la infancia y la adolescencia, que tienden a estar asociadas con problemas de conducta más graves, delincuencia o agresión. Estos cuatro características descriptoras de este especificador son: 1) ausencia de remordimientos o culpa, 2) dureza-falta de empatía, 3) despreocupación por el remordimiento, 4) afecto superficial o deficiente.

La descripción clínica del trastorno disocial, (Criterio A) se caracteriza por un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes adecuadas a la edad del sujeto, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por los menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

- Agresión a personas y animales
  - 1) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
  - 2) a menudo inicia peleas físicas

- 3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
- 4) ha manifestado crueldad física con personas
- 5) ha manifestado crueldad física con animales
- 6) ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
- 7) ha forzado a alguien a una actividad sexual

- Destrucción de la propiedad

- 8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
- 9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

- Fraudulencia o robo

- 10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
- 11) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones
- 12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos, falsificaciones).

- Violaciones graves de las normas

- 13) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
- 14) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo)
- 15) suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

Del mismo modo, la perturbación del comportamiento presente en el niño o adolescente es la causa de un deterioro significativo en el funcionamiento social, académico o laboral (Criterio B). El último criterio (Criterio C), plantea que si el individuo tiene 18 años o más, no debe cumplir criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

De modo adicional, en función de la edad de inicio del trastorno, en el DSM-IV-TR (APA, 2000), se recogen dos tipos de inicio: tipo de inicio infantil, cuando se inicia por lo menos una de las características criterio del trastorno disocial antes de los 10 años de edad, y el tipo de inicio adolescente, que se refiere a la ausencia de criterios característicos del trastorno antes de los 10 años. Estas diferencias en función de la edad resultan relevantes, según la APA (2000), ya que pese a ser más frecuentemente diagnosticado en la mitad final de la niñez o la adolescencia, en aquellos casos de inicio a una edad temprana, dicho trastorno suele asociarse más a varones, siendo más probable en estos casos que o bien el sujeto continúe teniendo un trastorno disocial o desarrolle un trastorno antisocial de la personalidad cuando lleguen a adultos. Además, suele ser frecuente en estos casos que los síntomas se agrupen alrededor de la agresión hacia otros niños, con la consecuente problemática relacional con el grupo de iguales.

A diferencia de los que presentan un inicio temprano, en los casos de inicio en la adolescencia (ausencia de características del trastorno disocial antes de los 10 años), resulta menos probable que estos adolescentes desarrollen un trastorno antisocial de la personalidad cuando lleguen a adultos. Tratándose de adolescentes con un menor número de manifestaciones agresivas y menor número de dificultades o problemáticas con su grupo de iguales.

Del mismo modo, en dicho diagnóstico también pueden registrarse descriptores de gravedad, incluyendo leve, moderado o grave, en función del número de criterios satisfechos por encima de los que se requieren para realizar el diagnóstico del trastorno, además del criterio de gravedad o daño que estas conductas provocan en otros.

Respecto a los síntomas y trastornos asociados al trastorno disocial, el DSM-IV-TR (APA, 2000), refiere la posibilidad de que estos sujetos presenten escasa empatía, y poca preocupación por los deseos, sentimientos y bienestar de los otros. Especialmente en situaciones ambiguas, los sujetos agresivos, suelen percibir mal las intenciones de otros, interpretándolas de modo hostil y amenazador de lo que son en realidad, respondiendo con agresiones que en tales casos consideran razonables y justas. Pueden ser insensibles, careciendo de sentimientos apropiados de culpa y remordimientos. A veces evaluar este aspecto puede resultar difícil porque estos sujetos aprenden que la manifestación de culpa puede reducir o evitar castigos.

En cuanto a la autoestima de los menores con trastorno disocial, esta suele ser baja, aunque proyecten imagen de “dureza”. En otros casos podemos encontrar una autoestima manifiestamente exagerada. Escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad, arrebatos emocionales e imprudencia son también frecuentemente asociadas.

Este trastorno también suele asociarse a un inicio temprano de la actividad sexual, consumo de sustancias ilegales e incurrir en actos temerarios y peligrosos. El consumo de tóxicos puede incrementar el riesgo de persistencia de este trastorno. Los comportamientos propios de este trastorno pueden dar lugar a suspensiones o expulsiones escolares, problemas de adaptación laboral, conflictos legales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y lesiones físicas producidas por accidentes o peleas. Todos estos problemas pueden impedir la asistencia a escuela ordinaria o vivir con los padres o en un hogar adoptivo.

Por otro lado, también en estos sujetos se da con una mayor frecuencia la ideación, tentativa de suicidio y los suicidios consumados. Este trastorno puede asociarse a un nivel intelectual inferior al promedio, particularmente en la escala verbal del CI. El rendimiento académico, especialmente en lectura y otras habilidades verbales, suele situarse por debajo del nivel esperado en función de la edad e inteligencia del sujeto, pudiendo justificar el diagnóstico adicional del trastorno del aprendizaje o de la comunicación.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es frecuente en niños con trastorno disocial. Otros trastornos mentales que también se asocian con mayor frecuencia al trastorno disocial son: trastornos del aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias.

Entre los factores que predisponen al trastorno disocial se ha encontrado asociación con los siguiente: rechazo y abandono por parte de padres, temperamento infantil difícil, prácticas educativas infantiles contradictorias y con excesiva disciplina, abuso físico o sexual, ausencia de supervisión, residencia temprana en instituciones, cambios frecuentes de cuidadores, familia con muchos miembros, historia de tabaquismo materno durante el embarazo, rechazo por parte de compañeros, asociación con iguales delincuentes, exposición a violencia en vecindario y algunos tipos de

psicopatología familiar (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, dependencia o abuso de sustancias).

En cuanto a la evidencia epidemiológica del trastorno disocial, la prevalencia encontrada puede variar significativamente en función del tipo de población de la que se extrae la muestra, criterios diagnósticos y metodología empleada. Pese a esto, las estimaciones, según Kazdin (1995), van del 4% al 10% de la población infantil. Para la APA (2000), dicho trastorno puede haber incrementado su prevalencia durante las últimas décadas, pudiendo ser más elevada en los núcleos urbanos que en ámbitos rurales, estimando que las tasas dentro de la población general pueden oscilar entre menos del 1% y más del 10%, representando uno de los trastornos más frecuentemente diagnosticados, tanto en lugares ambulatorios como en contextos de internamiento.

Respecto a la distribución del trastorno disocial por género, este es más frecuentemente diagnosticado en varones, con tasas de prevalencia que oscilan entre el 6% y el 16%, mientras que en el caso de las mujeres hablamos de tasas que van del 2% al 9% (APA, 1994), reduciéndose dicha discrepancia conforme chicos y chicas se aproximan a la adolescencia.

Otro aspecto diferencial significativo en relación al género es el relacionado con el tipo de síntomas asociados. En este sentido, los varones suelen presentar mayor frecuencia de conductas de enfrentamiento (peleas, robos, vandalismo y conductas de indisciplina en clase), mientras que las conductas problemáticas de las mujeres suelen estar caracterizarse con mayor frecuencia como conductas de no enfrentamiento (faltar a clase, mentir, escaparse, o abuso de sustancias psicoactivas, entre otras).

La información de este trastorno relacionada con su curso, plantea que este puede ser variable. Si bien, como hemos referido anteriormente, los teóricos del desarrollo plantean dos vías de desarrollo diferenciadas para la progresión del trastorno disocial, a saber: “iniciadores temprano” vs. “iniciadores tardíos”. En el primer caso, se recogen a aquellos niños que comienzan con síntomas moderados, desarrollando inicialmente conducta de oposición en la infancia, empeorando luego a un trastorno disocial en la niñez media y presentando más probabilidades de prolongar sus dificultades hasta un trastorno antisocial de la personalidad cuando ya son adultos



(Lahey et al., 1992). En el grupo de los “iniciadores tardíos”, los sujetos que lo integran, pueden tener pocos síntomas o ninguno cuando son niños, y sólo desarrollarían síntomas antisociales cuando son adolescentes, los cuales suelen desaparecer cuando el adolescente llega a adulto.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), la mayoría de los niños que presentan un trastorno disocial, suelen mostrar a lo largo de su curso una disminución de los síntomas, sugiriendo los datos que menos del 50% de los niños con los problemas disociales más graves se convertirán en adultos antisociales (Webster-Stratton y Herbert, 1994).

Por último, respecto al estudio de aquellos factores de riesgo más vinculados a una continuación del trastorno a lo largo del desarrollo evolutivo, se ha encontrado que el primer predictor, en este sentido, vendría representado por el mencionado como edad de inicio. El segundo factor con mayor poder predictivo se encontraría relacionado con la amplitud de la conducta antisocial. A este respecto, aquellos niños con síntomas tanto en casa como en la escuela suelen tener mayores probabilidades de riesgo. El tercero de estos predictores vendría definido por la frecuencia, intensidad y diversidad de las conductas antisociales. En el estudio de Robins, Tipp y Przybeck (1991), se observó que el 46% de los niños con al menos seis conductas antisociales era diagnosticable como adulto, mientras sólo el 18% de los que tenían tres conductas podía ser diagnosticado en la edad adulta. El último de los factores predictores, hace referencia a las características de los padres y de la familia, encontrándose mayor probabilidad de desarrollar conductas antisociales en aquellos niños cuyos padres la presentaban previamente (Kazdin, 1995).

#### 4.2.2.2. Trastorno negativista desafiante

En cuanto a las variaciones presentadas en este trastorno con la actual versión del DSM-5 respecto del DSM-IV-TR, no se han producido cambios en los criterios diagnósticos, pero sí en la agrupación de estos criterios, presentándose en la actualidad agrupados en tres categorías: enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante y vengativo. No se exige un número mínimo de criterios de cada categoría, por lo que esta

agrupación no afecta al diagnóstico. Con estas apreciaciones pasamos a revisar los criterios diagnósticos según la versión empleada en esta investigación.

El DSM-IV-TR (APA, 2000), describe como principal característica definitoria del trastorno negativista desafiante, (Criterio A) la presencia de “un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido hacia las figuras de autoridad que se mantiene durante al menos seis meses” (p.115). En este patrón deben estar presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos: accesos de cólera, discusiones con adultos, desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos, llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas, acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, ser quisquilloso o sentirse fácilmente molestado por otros, mostrarse iracundo y resentido, o ser rencoroso o vengativo.

Se entiende o considera que un criterio de los citados se cumple sólo cuando el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparable.

El segundo criterio diagnóstico (Criterio B), refiere que este trastorno de conducta debe provocar deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica y laboral.

Por otro lado, (Criterio C), los comportamientos mencionados no deben presentarse exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

Y en último lugar, (Criterio D), a nivel diagnóstico, el sujeto no cumple los criterios para un trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

Estos comportamientos negativistas y desafiantes se expresan por terquedad persistente, resistencia a órdenes y actitudes reacias a comprometerse, ceder o negociar con adultos o compañeros. Las provocaciones también pueden incluir la comprobación deliberada o persistente de los límites establecidos. Este trastorno se suele manifestar

casi invariablemente en el ambiente familiar, pudiendo no ponerse de manifiesto en la escuela o comunidad.

Los síntomas y trastornos asociados varían en función de la edad y de la gravedad del trastorno. En los varones se trata de un trastorno más prevalente entre aquellos quienes, durante los años escolares, tienen temperamentos problemáticos o gran actividad motora. Durante los años escolares puede aparecer baja autoestima o autoestima desproporcionada, labilidad emocional, baja tolerancia frustración, utilización de palabras soeces y un consumo precoz de alcohol, tabaco o sustancias ilegales. Son frecuentes los conflictos con padres, profesores y compañeros.

Respecto al curso de este trastorno, suele ponerse de manifiesto antes de los 8 años y en general no más tarde del inicio de la adolescencia. Los síntomas suelen debutar en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes. Su inicio es gradual, y suelen mantenerse a lo largo de meses o años.

Respecto al patrón familiar, los estudios refieren que parece ser un trastorno más frecuente en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno del estado de ánimo, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias. Se trata de un trastorno más frecuente en familias con conflictos conyugales graves, en familias donde los cuidados del niño quedan perturbados por la sucesión de distintos cuidadores o en familias en que las prácticas educativas son duras, incoherentes o negligentes.

Las tasas de prevalencia, de modo análogo al trastorno disocial, en función del tipo de población y de los métodos de evaluación, reflejan valores que oscilan entre el 2% y el 16%.

En cuanto a las diferencias de género, se trata de un trastorno más prevalente en varones que en mujeres antes de la pubertad, con tendencia a igualarse estos valores más tarde. Los síntomas presentes son similares con independencia del sexo, con la excepción de que los hombres pueden incurrir en más comportamientos de confrontación y sus síntomas presentan una mayor persistencia.

A nivel de comorbilidad, la mayoría de los niños que tienen un trastorno negativista desafiante, frecuentemente presentan un diagnóstico comórbido de THDA (trastorno por déficit de atención con hiperactividad). También es habitual encontrar trastornos de la comunicación y del aprendizaje como condiciones asociadas. Del mismo modo, la presencia en un niño de este trastorno representa un significativo factor de riesgo para el trastorno disocial (Patterson et al., 1992). Tal y como refleja los resultados del estudio de Barkley (1997), donde entre los niños que acaban teniendo un trastorno disocial durante más de tres años, más del 80% había tenido un trastorno negativista desafiante como condición previa.

Un aspecto relevante en el diagnóstico de este trastorno, es cómo diferenciarlo de otros trastornos clínicos, con los que pueden compartir ciertos aspectos. En cuanto al THDA, el DSM-IV-TR especifica que debería considerarse únicamente éste diagnóstico cuando las conductas de oposición son secundarias a los problemas de falta de atención e impulsividad. En cambio, cuando coexisten el trastorno negativista desafiante y el THDA, deberían hacerse ambos diagnósticos. Por otro lado, debido a las estrechas similitudes entre el trastorno negativista y el disocial, el primero de ellos no se diagnostica, siempre y cuando se cumplan los criterios diagnósticos del trastorno disocial.

#### 4.2.2.3. Comorbilidad de conducta antisocial y otros trastornos:

##### Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

La actual versión DSM también implica modificaciones respecto al TDAH, si bien en el DSM-IV-TR se encontraba recogido en el capítulo de trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, en el DSM-V pasan a formar parte del capítulo de trastornos del neurodesarrollo. Como principales modificaciones respecto a su diagnóstico, en la actual edición se ha establecido la edad anterior a los 12 años para la aparición de los síntomas (antes era a los 7 años), pero las modificaciones más importantes son la posibilidad de realizar este diagnóstico junto con un trastorno del espectro autista, así como la reducción del número de síntomas para diagnosticar este trastorno clínico en la vida adulta.

Algunos resultados refieren que la asociación entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastornos del comportamiento se sitúa entre el 30% y el 60% (López, Serrano y Delgado, 2004).

Hay características que aparecen en menores con ambos trastornos como la impulsividad y la dificultad en seguir las normas, mientras que otros síntomas como la excesiva actividad motora y la dificultad para mantener la atención nos pueden servir mejor para separar ambos trastornos (Werry, 1988). En este sentido, se ha constatado evidencias tanto de la independencia así como de la ocurrencia simultánea de ambos trastornos. Si bien, aquellos adolescentes con un diagnóstico conjunto de ambos trastornos exhiben más características problemáticas que si tienen un solo diagnóstico y esta comorbilidad es un gran riesgo para un posterior o simultáneo trastorno en comparación al que tienen los individuos sin esta comorbilidad (Werry, Reeves y Elkind, 1987).

En el estudio de Walker et al. (1987), los chicos con un diagnóstico conjunto presentaban un patrón más complejo de conductas disruptivas (conductas antisociales abiertas y encubiertas), (Loeber y Schmalin, 1985), además es más probable que exhiban los peores síntomas (ej.: crueldad con los animales, incendiarios). El grupo de Moffitt de jóvenes hiperactivos-antisociales informaron de delitos más violentos a la edad de 15 años.

Un estudio longitudinal significativo en este ámbito (Gittelman et al. 1985), con 101 hiperactivos y 100 controles, seguidos durante una media de 18 años, observaron que una tercera parte de los hiperactivos presentaban el síndrome completo en la edad adulta, mientras que una quinta parte manifestaban también trastornos del comportamiento y una proporción similar abuso de sustancias tóxicas. Algunos de los sujetos que presentaron a lo largo del seguimiento problemas antisociales continuaron durante la vida adulta con síntomas de este síndrome. También se encontraron abuso y adicción al alcohol y a otras drogas en aquellos que sufrían trastornos de conducta.

#### 4.2.2.4. Comorbilidad de conducta antisocial y otros problemas clínicos: el abuso de sustancias

En cuanto a estos trastornos, recogidos en el DSM-IV-TR en el capítulo de trastornos relacionados con las sustancias, se amplía en el DSM-5 y se denominan trastornos adictivos y relacionados con sustancias. De este modo a las adicciones químicas se añade el trastorno de juego, denominado juego patológico en la anterior versión e incluido en el capítulo de trastornos del control de impulsos. En este capítulo nuevo la adicción es el concepto nuclear, con independencia de que esta sea generada por una sustancia química o por otras conductas. Así mismo, la distinción entre dependencia y abuso desaparece y se toma en consideración el trastorno por uso de sustancias, con diversos grados de gravedad (leve, moderado y severo).

Si bien se tratan de dos conductas muy diferentes (conducta antisocial vs. uso de drogas), en lo que respecta a la etiología y curso, son diversos los estudios desarrollados en los que aparece una clara relación entre estas dos conductas. Lo que resulta más difícil discriminar es si el uso o abuso de sustancias es desencadenado por la conducta antisocial, si coexisten ambos, como parte de un “síndrome de conducta problemático en la adolescencia” (Donovan, Jessor y Costa, 1988); o el abuso de sustancias actúa como un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos de conducta.

Respecto a los principales hallazgos arrojados por las investigaciones que han analizado estas relaciones, (Dishion, Capaldi y Ray, 1995), se constata que un comienzo precoz en la conducta antisocial constituye un factor de riesgo para el uso de sustancias en la adolescencia. Estudios como el de Miller y Brown (1991), refuerzan esta observación, ya que sus resultados mostraban que el comportamiento antisocial o agresivo en la infancia era la razón fundamental de la falta de interiorización de normas, lo que llevaría en la adolescencia a tener problemas con el alcohol y otras drogas. En esta dirección, en la investigación de Brook et al. (1990), hallaron que los niños que mostraban irritabilidad, se distraían fácilmente, tenían rabietas y peleas frecuentes con sus hermanos y además realizaban conductas predelictivas (mentiras y engaños), presentaban mayor probabilidad de usar drogas en la adolescencia que aquellos que no presentaron esas conductas.

En un estudio prospectivo de Hawkins, Catalano y Miller (1992), se apreció que los problemas de conducta y la impulsividad frecuentemente preceden al desarrollo de problemas con el alcohol y otras drogas. Resultados que confirman estudios más recientes (Bukstein, 2000), donde se evidencia que los problemas conductuales y la delincuencia a menudo precedía el comienzo en el abuso de sustancias.

Con independencia de la secuencia relacional entre ambas conductas, la coexistencia de ambas constituye un predictor de peor evolución. El uso de sustancias en la adolescencia puede aumentar las dificultades para ajustarse al medio, especialmente en los adolescentes antisociales; ya que puede contribuir a la continuación de la conducta antisocial en su etapa como adultos. En el estudio de Farrington (1991), al examinar las características que tenían en la adolescencia los delincuentes reincidentes adultos, se encontró que la característica que los distinguió fue el uso por parte de los reclusos reincidentes de tabaco, alcohol y marihuana antes de los 15 años.

Por otro lado, también se han registrado datos que apuntan a una alta prevalencia de psicopatología en adolescentes que abusan-consumen de drogas (un 73% de los sujetos cumplen criterios DSM para algún trastorno y con mayor frecuencia de trastornos por atención e hiperactividad (Milin et al., 1991). Otros autores resaltan la presencia de trastornos de conducta y de estados subclínicos depresivos (Rodríguez-Sacristán, 1994).

#### 4.2.2.5. Comorbilidad de conducta antisocial y otros problemas clínicos: Psicopatía

Los desarrollos clínicos y empíricos sobre la psicopatía la describen como un trastorno de personalidad definido por un conjunto de características conductuales, interpersonales y afectivas (Hare, 1993; Hart y Hare, 1997). A nivel conductual, los psicópatas llevan a cabo acciones de riesgo, buscan sensaciones, se dejan llevar por la impulsividad y se implican en diferentes actividades delictivas. En el ámbito interpersonal, son egocéntricos, manipuladores, arrogantes, y sin capacidad de empatía. En cuanto a la esfera afectiva, sus emociones son superficiales, presentando una

marcada incapacidad de establecer vínculos significativos con los demás (Hare, 1998). Existe un alto consenso entre los investigadores a la hora de reconocer en este tipo de sujetos una falta profunda de sentimientos de culpa, la ausencia de remordimientos y el desprecio del bienestar y los derechos de las otras personas (Hare, 1993; Lynam, 1996).

Dada cuenta de las características que lo definen, no resulta sorprendente la existencia de una fuerte asociación entre la psicopatía y la delincuencia. Pese a la baja prevalencia del trastorno en población general, alrededor del 1%, los psicópatas suponen un porcentaje significativo de la población penitenciaria, siendo responsables de una cantidad elevada de delitos graves, persistentes y violentos (Cooke, Forth y Hare, 1998; Forth y Burke, 1998).

Diversos estudios internacionales y nacionales, estiman que entre un 15% y un 25% de la población penitenciaria de sexo masculino cumple criterios para este trastorno (Hare, 2003; Moltó, Poy y Torrubia, 2000)

El motivo de considerar la psicopatía en este trabajo de investigación, se relaciona con el hecho de que los estudios en población adulta habitualmente reflejan la presencia de un historial de comportamiento antisocial durante la infancia. Lo que ha motivado recientemente una aproximación al estudio de este fenómeno centrado en la necesidad de identificar en la población infantil y adolescentes elementos o aspectos precursores de este trastorno.

Si bien los primeros intentos no estuvieron exentos de polémica, debido a que al centrarse en la dimensión conductual antes descrita, la alta tasa de falsos positivos impedía discriminar o diferenciar aspectos propios de la psicopatía y del trastorno disocial entre los niños (White, Moffitt, Earls, Robins y Silva, 1990). Las actuales aproximaciones científicas orientadas a predecir la psicopatía desde la infancia, están prestando mayor interés al estudio de aquellos elementos considerados esenciales de este trastorno, en el periodo de la infancia y adolescencia, a saber: la dimensión afectiva e interpersonal.

Resulta especialmente relevante en este sentido, tener en cuenta que el conjunto de niños y adolescentes con problemas de conducta representa un grupo



significativamente heterogéneo, y muchos de los elementos o aspectos interpersonales y afectivos asociados a la psicopatía sólo pueden aplicarse a un pequeño grupo de niños que muestran conducta antisocial (Fick, 1998; Lynam, 1997).

Ante la necesidad de establecer modelos explicativos y predictivos válidos que discriminen a los jóvenes con tendencias psicopáticas, del conjunto de jóvenes que cometen delitos pero no presentan dichas tendencias, algunos investigadores como Saltaris (2002), han optado por su estudio desde una perspectiva del desarrollo.

En este sentido, la inclusión de los aspectos afectivos de la psicopatía en el estudio de poblaciones de jóvenes ha generado ciertos avances. Así, autores como Christian et al. (1997) y Frick (1998) plantean un factor llamado “Insensibilidad” para describir la conducta que es agradable pero falsa, así como incapaz de mostrar empatía o sentimientos de culpa. Este concepto se ha mostrado sensible para captar los aspectos fundamentales intrínsecos a la psicopatía. Además, presentan un segundo factor al que denominan “Impulsividad/Problemas de conducta”, el cual acota aquellos elementos de impulsividad, pobre autocontrol y conducta delictiva, que si bien caracteriza a los psicópatas, también se encuentra presente en el conjunto de sujetos con conducta antisocial frecuente.

Consecuentemente, dicha estructura de dos factores ha resultado útil para diferenciar entre los trastornos de conducta y la psicopatía, permitiendo discriminar del conjunto de niños con trastornos de conducta, aquellos que muestran o presentan los precursores tempranos de la psicopatía. De este modo, estudios como el de Lynam (1997), reflejan que la presencia de rasgos de insensibilidad junto a problemas de conducta permite discriminar un subgrupo de delincuentes juveniles caracterizados por un patrón de delincuencia grave que se mantiene a lo largo del tiempo.

De hecho, la revisión posterior de los estudios de psicopatía en población juvenil llevada a cabo por Forth y Burke (1998), evidencian la validez de este concepto, indicando las significativas consecuencias de su presencia, entre las cuales destacan que aquellos jóvenes con estos rasgos de psicopatía difieren del grupo de jóvenes que no los poseen en la edad de inicio de las conductas agresivas y antisociales, en la frecuencia de conductas delictivas manifiestas, en la gravedad de los delitos y en la mayor

probabilidad de reincidencia. En todos estos aspectos, las dimensiones afectivas e interpersonales de este trastorno (factor de “Insensibilidad”) se erigen como factor de riesgo predictivo de una mayor desadaptación a largo plazo, según refiere Hare (1993) a partir de los resultados ofrecidos por distintos estudios longitudinales.

A raíz de la capacidad discriminativa que reflejan estas dimensiones, se han generado nuevos ámbitos de investigación que pretenden analizar las causas de este deficitario desarrollo de las emociones morales, destacando los estudios acerca de la empatía. Entendida como una emoción moral angular que favorece la capacidad de que un sujeto comprenda y comparta estados emocionales ajenos, contribuyendo de este modo al desarrollo de vínculos y a la adopción de actitudes responsables hacia los demás.

Los estudios han reflejado la existencia de significativas diferencias individuales, así como estrechas relaciones entre el déficit en empatía y la conducta agresiva. Se han encontrado, tanto en contextos clínicos como comunitarios (Davis, 1994; Eisenberg y Miller, 1987), asociaciones entre bajos niveles de empatía y la presencia de actitudes hostiles y conductas agresivas. Dicho déficit se observa repetidamente entre los jóvenes con tendencias psicopáticas, encontrándose estrechamente relacionado con la actitud de insensibilidad subyacente a sus tendencias violentas (Widiger y Lynam, 1998). Consecuentemente, el relevante papel que presenta la empatía ha determinado que se la considere o bien como un factor de riesgo o de protección respecto de la probabilidad de desarrollar conductas antisociales (Davis, 1994).

Otra de las propuestas que han generado un notable volumen de investigación en la comprensión de este déficit afectivo, en los sujetos que presentan psicopatía, es el asociado a la hipótesis de la ausencia de miedo. Varios modelos teóricos aducen en este sentido la existencia de cierta conexión entre este déficit y factores temperamentales (Frick, 1998). Estos factores temperamentales harían referencia a aquellas diferencias individuales de tipo constitucional o estructuras biológicas, que desempeñan un papel relevante en la capacidad de reacción y de auto-regulación del sujeto. Dichas disposiciones temperamentales se encontrarían en la base del desarrollo de diversos

rasgos de personalidad, los cuales se desarrollarían en conjunción o interacción con las influencias ambientales o experiencias individuales de cada persona.

De entre las disfunciones temperamentales, la hipótesis de la ausencia de miedo es la que mayor evidencia ha mostrado, afirmando los investigadores que la disfunción en la inhibición del miedo subyace a la emergencia del rasgo de insensibilidad característico de los psicópatas (Newman y Wallace, 1993). Este déficit impediría el adecuado desarrollo de aquellos componentes asociados al miedo inhibidores de estas conductas antisociales, como el malestar afectivo de la conciencia y la capacidad de sintonizar con las emociones de los otros (remordimientos y empatía).

Otra de las disfunciones temperamentales estudiadas por su relación con la conducta antisocial son la tendencia extrema a buscar experiencias estimulantes y la incapacidad de demorar la gratificación (Frick, 1998). De hecho, los estudios con delinquentes juveniles y adolescentes reflejan repetidamente altas puntuaciones en impulsividad y en susceptibilidad al aburrimiento. Si bien, estos factores constituyen elementos que ayudan a comprender la conducta antisocial, su papel no parece discriminar en tanta medida como lo hace el factor de insensibilidad que caracteriza a los psicópatas.

En última lugar, respecto los tratamientos y eficacia de estos en relación a la psicopatía, el pesimismo terapéutico ha sido la norma como se constató en el meta-análisis de Salekin (2002b), considerándolo como un trastorno difícil de abordar y con mucha resistencia al cambio, o incluso “intratable”. No obstante, a lo largo de la última década han surgido nuevos modelos teóricos acerca del constructo psicopatía (modelo triárquico de Patrick, Fowles y Kruger, 2009) y propuestas de intervención específicas (modelo de los dos componentes), así como adaptaciones de otros modelos o terapias ya existentes, tales como la adaptación del Modelo de Riesgo-Necesidad-Responsividad, de Andrews y Bonta, o el de la Terapia dialéctica conductual, entre otros.

Del mismo modo, también en relación a estas nuevas aproximaciones de intervención con población adulta, se están llevando a cabo estudios favorables en relación a la eficacia de tratamientos, resultando claves en estas intervenciones

determinadas características relacionadas con el contenido, contexto, intensidad, entre otros.

### 4.3. Factores de riesgo y protección

Tal y como ya venimos comentando, desde el paradigma de la criminología del desarrollo, las diversas investigaciones longitudinales llevadas a cabo a lo largo de las últimas décadas han favorecido la identificación de los principales factores de riesgo y protección asociados al comportamiento delictivo (Redondo y Martínez-Catena, 2012).

A continuación, basándonos en la amplia revisión efectuada por Redondo y Martínez-Catena (2012), recogemos los factores de riesgo personales y sociales asociados a riesgo de conducta antisocial y delictiva (ver tablas 4 y 5), con amplia confirmación empírica. Respecto a los predictores personales, estos se han distribuido en cinco categorías: genéticos y constitucionales, personalidad, conducta, cognición-emoción, e inteligencia y habilidades de aprendizaje. En cuanto a los sociales, se han organizado en cuatro categorías, los correlatos asociados al barrio, a la familia, a la escuela y a los amigos.

Factores de riesgo personales	
Genética	Ser varón Problemas genéticos, constitucionales y complicaciones pre y perinatales
Personalidad	Propensión al aburrimiento Dureza emocional Extraversión Psicoticismo Hostilidad e Irritabilidad Impulsividad Falta de confiabilidad Propensión búsqueda de nuevas experiencias y sensaciones (incluida precocidad y promiscuidad sexual) Tendencia al riesgo Problemas de atención e hiperactividad Egocentrismo Baja tolerancia frustración/ira Trastorno de estrés post-traumático Esquizofrenia Tendencias suicidas

Conducta	<p>Agresión en la infancia</p> <p>Acoso a otros</p> <p>Consumo de alcohol y otras drogas</p> <p>Bajas habilidades interpersonales</p> <p>Juego patológico</p> <p>Desempleo frecuente</p> <p>Muchos cambios de puesto de trabajo</p> <p>Conducción agresiva de vehículos</p>
Cognición-emoción	<p>Falta de compromiso genuino con la propia educación</p> <p>Déficit en aspiraciones laborales</p> <p>Déficit en empatía/ altruismo</p> <p>Dificultad para demorar la gratificación y para orientar la propia conducta considerando resultados futuros</p> <p>“Locus de control” externo</p> <p>Creencias y actitudes favorables al comportamiento antisocial (y de neutralización de la culpa)</p> <p>Déficit en razonamiento moral</p> <p>Emocionabilidad negativa</p> <p>Rebeldía desafiante</p> <p>Déficit en role-taking y role-playing (capacidad de adoptar perspectiva social)</p> <p>Bajas autoestima/ autoconcepto</p>
Inteligencia y habilidades de aprendizaje	<p>Déficit en inteligencia</p> <p>Déficit en inteligencia emocional</p> <p>Déficit en aprendizaje verbal</p> <p>Dificultades generales de aprendizaje</p> <p>Déficit en aprendizaje de disciplina</p> <p>Déficit en aprendizaje de evitación (del castigo)</p> <p>Déficit en habilidad lectora</p> <p>Bajo rendimiento académico</p>

Tabla 4: Factores de riesgo personales asociados a riesgo de conducta antisocial y delictiva

Factores de riesgo social	
Barrio	<p>Barrios deteriorados/ desorganización social/ privación relativa/ bajo nivel económico/ subculturas delictivas</p> <p>Barrios con alta heterogeneidad étnica/ cultural/ religiosa</p> <p>Barrios con alta disponibilidad de drogas/ armas</p> <p>Barrios con alta concentración de desempleo</p> <p>Alta densidad poblacional</p> <p>Inestabilidad/ movilidad residencial</p> <p>Déficit en control social informal en zonas urbanas (vs. rurales)</p>

	Desvinculación social (de actividades convencionales: educativas, deportivas, de ocio...) Detenciones policiales e internamiento en centros de reforma juvenil
Familia	Bajos ingresos familiares/ Dependencia social: desempleo, enfermedad de los padres, madre adolescente Familias monoparentales (unido a crianza inapropiada) Crianza inconsistente/ punitiva/ abandono/ rechazo Familias numerosas e incompetencia parental Ser el hijo más pequeño (o de los más pequeños) en el contexto de familias numerosas Niños adoptados Alcoholismo (o drogadicción) de los padres Trastornos mentales en miembros familiares (depresión, esquizofrenia, etc.) Tensión/ desacuerdo familiar/ conflicto entre padres e hijos Maltrato del niño Padres delincuentes
Escuela	Desvinculación/ fracaso escolar Absentismo escolar Falta de disciplina Abandono de la escuela secundaria
Amigos	Pocos amigos Amigos delincuentes Exposición a violencia grave, directa o a través de los medios de comunicación (especialmente fuera de la familia) Pertenencia a una banda juvenil

Tabla 5: Factores de riesgo sociales asociados a riesgo de conducta antisocial y delictiva

Por factores de protección se entienden aquellas características que amortiguan la influencia de los factores de riesgo, y se asocian con menor probabilidad de conductas antisociales y delictivas.

Tal y como comentamos cuando presentamos el Modelo del Triple Riesgo Delictivo y la dimensionalidad de sus factores de riesgo, los factores de protección pueden presentar diversa naturaleza. Algunos de ellos resultan el lado opuesto de ciertos factores de riesgo (ej. Baja inteligencia, tener amigos delincuentes, etc.), pero otros se consideran factores exclusivamente protectores. Los factores de protección sobre los que existe mayor consenso se presentan en la tabla 6 (Redondo y Martínez-Catena, 2012)

Individuales	<p>Mayor flexibilidad/baja impulsividad</p> <p>Realistas en sus planes futuros</p> <p>Desarrollo cognitivo y sociabilidad (empatía)</p> <p>Seguridad-autoestima</p> <p>Perseverantes/ no huyen de las dificultades (orientación a objetivos)</p> <p>Poseen algún talento notable</p> <p>Obtienen satisfacción del hecho de recibir ayuda</p>
Familia	<p>Buen apego</p> <p>Estilo educativo “autoritativo” (que combina una buena calidez emocional, una buena estructuración, y una alta expectativa de logro)</p> <p>Buen estatus socioeconómico</p> <p>Cuentan con modelos del mismo sexo</p>
Contexto amplio	<p>Integración/ éxito escolar</p> <p>Vinculación a algún adulto no familiar</p> <p>Relación con otras instituciones</p>

Tabla 6: Factores de protección de la conducta antisocial y delictiva.





## **5. LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE REINCIDENCIA**

La evaluación desempeña un papel fundamental para todos los profesionales que estamos dentro del sistema de justicia juvenil (jueces, fiscales, psicólogos, pedagogos, educadores sociales, trabajadores sociales, entre otros). El objetivo último que persigue la LORPM es que el sistema de respuesta en el que se basa, de naturaleza sancionadora y educativa, consiga evitar la reincidencia delictiva del menor.

Para lograr este propósito, la ley contempla una serie de principios, como el referido al superior interés del menor y el principio de individuación. En ambos casos se otorga especial atención a las necesidades del menor y a la importancia de adecuar a sus características particulares las medidas y los programas educativos individualizados.

Tanto en el proceso de valoración del menor por parte del equipo técnico del juzgado correspondiente, como a la hora de desarrollar dichos programas educativos individualizados que se contextualizan dentro de la medida judicial impuesta, se requiere efectuar un proceso de evaluación que permita identificar cuáles son los factores de riesgo que sustentan en cada caso particular la conducta delictiva, siendo en estos en los que se debe fundamentar la intervención a efectos de reducir el riesgo de reincidencia.

Los actuales modelos integradores que abordan los precursores de la conducta delictiva, los factores de riesgo y de protección, consideran la predicción desde una doble perspectiva. Por un lado, intenta determinar qué tipo de variables se relacionan con el inicio de una carrera delictiva, planteándose posteriormente cuáles son los factores relacionados con su mantenimiento (aspectos de la predicción que analizan la reincidencia en el delito).

Desde una perspectiva científica, la predicción y la prevención están íntimamente ligadas por diversos motivos. En primer lugar, porque determinar eficazmente cuáles son los individuos y contextos de mayor riesgo de delincuencia va a permitir la implantación de las consecuentes herramientas preventivas. Por otro lado, conocer cuáles son los factores de riesgo que se hallan en la base de estas conductas delictivas permitirá conocer qué tipo de objetivos debe contemplar las estrategias de

intervención para minimizarlos. Y en última instancia, los resultados de dichos programas de tratamiento van a proporcionarnos el feedback necesario para comprobar hasta qué punto estos conocimientos sobre predicción están resultando de menor o mayor acierto (Garrido et. al., 2006).

Una vez abordadas en el anterior epígrafe las aportaciones de la literatura científica en relación a los principales factores de riesgo y protección, a continuación vamos a dirigir nuestra atención, en primer lugar, al modelo teórico que constituye la base en la que se fundamenta el instrumento de predicción del riesgo empleado en este trabajo de investigación, el Inventario de Gestión e Intervención para jóvenes (IGI-J) de Garrido Genovés, V., López Martín, E. y Silva do Rosario, T. (2004), adaptación del YLS/CMI (*Youth Level Service / Case Management Inventory*), de Hoge y Andrew (2003). Tras analizar el modelo revisaremos el citado instrumento de predicción del riesgo, así como los resultados obtenidos en diversos estudios nacionales en relación a los principales predictores de riesgo.

Dicho instrumento cuenta con importantes ventajas, destacando su adecuada validez predictiva, se trata además de una escala de predicción específicamente diseñada para tal efecto, se encuentra apoyada en una propuesta teórica relevante a nivel internacional, y permite explorar factores de riesgo de múltiples áreas. Además, nos ha resultado ventajoso su empleo puesto que se trata de la herramienta de elección empleada tanto por el equipo técnico del Juzgado de Menores de Castellón, así como por el equipo técnico del Centro de reeducación de menores Pi Gros y el equipo de medidas judiciales de medio abierto, ambos de Castellón, contextos de los que procede la muestra estudiada.

En última instancia, y en atención a otro de los objetivos centrales del presente estudio, analizaremos la corriente de investigación centrada en el análisis de las características clínicas y necesidades de salud mental dentro de la población de infractores juveniles. Entendiendo que si bien, dichas valoraciones son complementarias a las predicciones del riesgo derivada del empleo de instrumentos actuariales, entendemos que su uso complementario puede enriquecer la evaluaciones que se efectúan a estos menores ofreciendo mejor criterio de orientación de medidas y de necesidades de tratamiento, tal y como también plantean otros autores (Bonta, 1995)

### 5.1. Modelo General de la Personalidad y el Aprendizaje Cognitivo-Social de la Conducta Criminal (Andrews y Bonta, 2010)

Un modelo muy relevante dentro de la actual criminología científica es el Modelo General de la Personalidad y el Aprendizaje Cognitivo-Social de la Conducta Criminal de Andrews y Bonta (2010). Este modelo constituye un ejemplo de teoría del aprendizaje social y cognitivo que presenta apoyo empírico y aplicaciones prácticas.

Desde esta perspectiva se concibe el aprendizaje de la conducta delictiva a través de un complejo sistema de interacciones entre factores biológicos, cognoscitivos, emocionales y de características personales, que interactúan contingentemente según los costes y recompensas de su respectivo ámbito social. Considera al individuo agente activo que interacciona con su entorno, siendo sus principales agentes socializadores, como la familia, escuela, grupo de iguales y contexto comunitario, elementos fundamentales en la explicación de los procesos que conducen a la actividad delictiva.

Ahora bien, de dónde surgen las variables o factores que los autores vinculan a la conducta delictiva. La investigación longitudinal de las carreras delictivas ha resultado un punto de partida fundamental para la posterior detección de estos factores de riesgo (p. ej., Cambridge Study, Pittsburgh Youth Study, entre otros). Posteriormente, el empleo de estudios meta-analíticos dirigidos a averiguar qué factores de riesgo presentan mayor influencia, como los desarrollados por Andrews y Bonta (2010), y el de Gendreau, Little y Goggin (1996), este último de gran relevancia puesto que incluyó un total de 131 estudios publicados entre 1970 y 1994, los cuales sumaban más de 1.000 tamaños de efecto y cerca de 750.000 delincuentes, permitieron poner de manifiesto aquellos predictores más determinantes en la predicción, así como la adecuación de diferenciar entre dos tipos de factores de riesgo, dinámicos y estáticos.

Tal distinción, planteada por Andrews y Bonta (2010), diferenciaría por un lado los denominados factores de riesgo estáticos, en referencia a aquellos factores cuya posibilidad de modificación es inviable debido a que, o bien son inherentes al propio sujeto, o bien pertenecen a la historia de este (historial delictivo, sexo, enfermedad crónica, etc.). Y por otro lado, estarían los factores de riesgo dinámicos, también

conocidos como “necesidades criminógenas”, que constituyen factores tanto individuales como ambientales, pero que tienen en común la posibilidad de ser modificados mediante el empleo de pertinentes intervenciones y tratamientos.

En el meta-análisis de Gendreau, Little y Goggin (1996), los factores que mejor predijeron reincidencia fueron la historia criminal adulta, el diagnóstico de personalidad antisocial, amistades delincuentes y actitudes antisociales. Obteniéndose el mejor coeficiente promedio (.30) en aquellas escala que incluyeron información de diferentes predictores.

Los factores de riesgo con mayor capacidad de predicción recogidos tanto en este estudio como en otros (Bonta, Law y Hanson, 1998; Lipsey y Derzon, 1997), fundamentan la teoría explicativa del Modelo General de la Personalidad y el Aprendizaje Cognitivo-Social de la Conducta Criminal. En este se diferencian varios factores que conducirían a la conducta delictiva, siendo algunos más importantes que otros. Según Andrews y Bonta (2010), plantean lo que ellos describen como cuatro grandes áreas o “*The Big Four*”, a saber: la historia delictiva, la personalidad antisocial, las actitudes antisociales y las amistades antisociales. Tras estos, que son los que presentan mayor capacidad predictiva, destacarían otros predictores o factores de riesgo con correlaciones más moderadas, también llamado por los autores “*The Moderate Four*”, entre los que se encontrarían las siguientes: circunstancias familiares o maritales, educación y empleo, actividades recreativas y de tiempo libre, abuso de sustancias. Al conjunto de ambos tipos de factores de riesgo son conocidos en el modelo como “*The Central Eight*”, siendo estos los mejores predictores de reincidencia delictiva.

Estos predictores derivados empíricamente, son variables causales que incorpora su modelo para explicar la conducta delictiva. Los autores consideran la existencia de múltiple rutas para implicarse en una conducta antisocial, pero sugieren que las actitudes antisociales y los modelos antisociales, son factores de mayor riesgo, tal y como se puede ver en la figura siguiente, a través de la presencia de conexiones directas entre las variables “actitudes, valores, creencias y sentimientos antisociales”, “amistades antisociales”, “la situación inmediata” y la referida a “definiciones de la situación” como más determinantes.

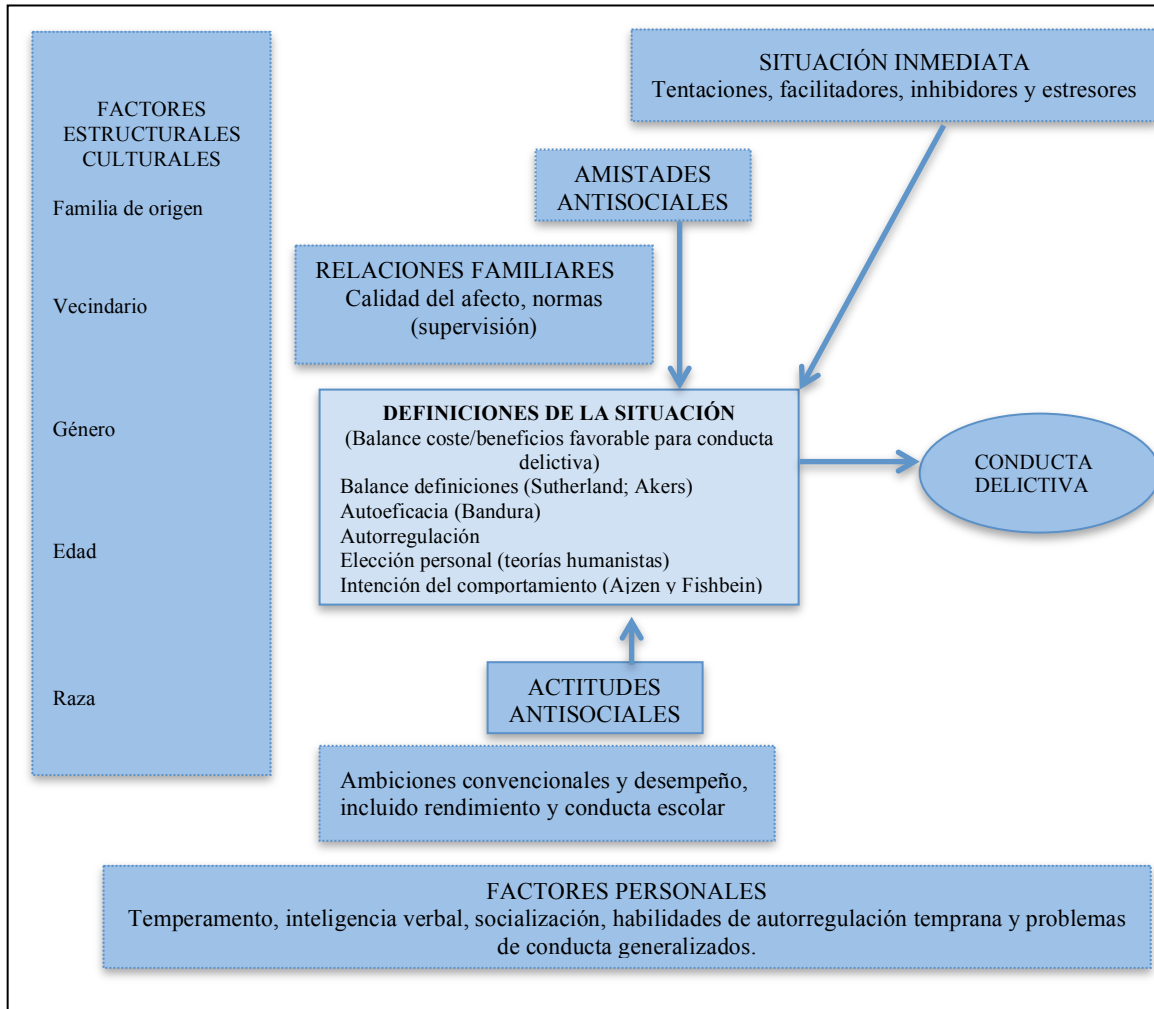


Figura 3: Perspectiva General Psicológica, Social y de la Personalidad de la Conducta Criminal, adaptado de Andrews y Bonta (2010).

Otro de los aspectos destacados en su pretensión de explicar como acontece la conducta delictiva, es la importancia atribuida a los determinantes de la acción en situaciones concretas, integrando para ello formulaciones o explicaciones previas del aprendizaje social y cognitivo, como la teoría de la asociación diferencial de Sutherland, la teoría del aprendizaje social de la conducta delictiva Akers, entre otras. A este respecto, las variables más relacionadas con la decisión de llevar a cabo una conducta delictiva en un momento determinado estaría en función de la interacción entre las siguientes variables (Andrews y Bonta, 2010):

- características de la situación inmediata (tentaciones, facilitadores, inhibidores y estresores)

- cogniciones favorables a la conducta delictiva (actitudes, valores, creencias y racionalizaciones favorables a la comisión del delito).
- Historia previa de conducta antisocial
- Apoyo social para la conducta delictiva
- Patrón de comportamiento antisocial (impulsividad, insensibilidad, arriesgado)
- Pobres habilidades de autorregulación y de resolución de problemas

Con esta concepción, el modelo representa una relevante propuesta a la hora de explicar las diferencias individuales en la conducta delictiva, acudiendo para ello tanto a influencias o reforzadores de tipo personal, interpersonal, comunitario, social y cultural.

Del mismo modo, la sólida evidencia empírica con la que cuenta el Modelo General de la Personalidad y el Aprendizaje Cognitivo-Social de la Conducta Criminal de Andrews y Bonta (2010), se ha traducido en relevantes implicaciones en el plano de la evaluación y del tratamiento.

En este último ámbito, el tratamiento y/o rehabilitación, los autores han formulado un importante modelo que se denomina *Modelo de Riesgo-Necesidades-Responsividad*. En relación a los principios de este último modelo, que a continuación pasaremos a describir, existe evidencia de que la adherencia a sus principios se asocia con reducción de la reincidencia en diversos tipos de programas de intervención (Andrews y Bonta, 2006).

- Principio del Riesgo.

Este principio plantea que se requieren niveles más elevados de intervención en aquellos casos de mayor riesgo. De este modo, se conectan los factores de riesgo dinámicos con el nivel de intervención requerido. A este respecto, se ha constatado que los casos de mayor riesgo responden mejor a intervenciones y seguimientos más intensivos. En cambio, los de menor riesgo responden igual de bien o mejor a una intervención mínima. Este principio resulta útil a nivel de gestión del caso porque

orienta, tras la cuantificación del riesgo con una herramienta actuarial de predicción, el tipo de intervención más adecuada a sus características.

El mayor conocimiento sobre la validez de este principio se debe a la investigación de Lowenkamp, Latessa y Holsinger (2006), tras revisar la adherencia a este principio por parte de 97 programas residenciales y no residenciales en el estado de Ohio. En este estudio se recogió información relacionada con la duración del programa, la mayor asistencia ofrecida a los infractores de alto riesgo, así como la proporción de programas cognitivo-conductuales. La intervención intensiva en casos de alto riesgo fue asociada con un 18% de reducción de la reincidencia para infractores en programas residenciales y de un 9% para los casos de intervención a través de programas no residenciales.

- Principio de las Necesidades

Desde este principio se incide en que los objetivos de la intervención programada deben dirigirse particularmente a las necesidades criminógenas de los infractores. Nos estamos refiriendo a aquellos factores de riesgo dinámicos que tras ser modificados, se produce una reducción en el riesgo de reincidencia. Estas necesidades criminógenas se relacionan con los ítems recogidos en el instrumento de predicción del riesgo, YLS/CMI (*Youth Level Service / Case Management Inventory*), de Hoge y Andrew (2002), en nuestro caso el IGI-J (Inventario de Gestión de la Intervención en Jóvenes), adaptación llevada a cabo por Garrido, López y Silva.

Sobre la validez de este principio se constatan en adultos y adolescentes, como las actitudes antisociales, una de las necesidades criminógenas consideradas de mayor poder predictivo (*“The Big Four”*), presenta asociaciones significativas con conducta criminal (Shields y Ball, 1990; Shields y Whitehall, 1994). Con este principio también se pretende poner de manifiesto el pobre impacto que en la reducción de la reincidencia presenta otros enfoques de tratamiento, como los asociados a la tradición clínica, que obvian las necesidades criminógenas estrechamente relacionadas con reincidencia, centrándose en otros objetivos de tratamiento (ansiedad, empatía, etc.).

- Principio de la Capacidad de Respuesta

Con este principio se incide en la importancia de desarrollar programas de intervención que se ajusten a las específicas habilidades y estilos de aprendizaje de los infractores, así como a sus factores de protección o recursos personales. Dichos factores de protección no tienen porque guardar relación con los factores de riesgo, resultando relevantes en la medida que su inclusión se acompaña de una buena respuesta de los infractores a los diferentes tipos de intervención. Ejemplos de estos factores de protección incluidos en este principio de capacidad de respuestas podría ser la motivación para el tratamiento, la autoestima, nivel alto de madurez, presencia de figuras de apoyo efectivo por parte de adultos, habilidades lectoras, deportivas, personales, etc. (Garrido et. al., 2006).

- Principio de Autoridad.

Establece que tras la evaluación de riesgo, necesidades y capacidad de respuesta, las decisiones deben ser tomadas en función de las condiciones que predominen. Este principio indica que las decisiones finales sobre el menor, deben ser tomadas en conjunto por el profesional responsable del caso, y por tanto, de la intervención.

## 5.2.La evaluación del riesgo de reincidencia mediante el empleo de escalas actuariales.

Este ámbito, objetivo central de nuestro trabajo de investigación, resulta de suma importancia, si nuestros esfuerzos se dirigen a reducir la reincidencia, tal y como plantea la LORPM. Y es que pese a la existencia de una sólida corriente científica que proporciona fundamentación empírica y herramientas objetivas que permiten detectar y cuantificar niveles de riesgo, necesidades criminógenas y objetivos de intervención; todos estos logros no terminan por traducirse en una sólida implantación de estos procedimientos de evaluación y diseño de gestión de casos, dentro de los profesionales implicados en el sistema de justicia juvenil (Andrews y Bonta, 2010).



La cuestión de esta desventaja se debe a la persistencia, a nivel de evaluación, en el empleo de una perspectiva de juicio clínico en detrimento del uso de escalas objetivas (Garrido et. al., 2006). Esta apreciación no desmerece la valoración del profesional, que es quien finalmente toma decisiones, pero sí que constata que este profesional efectuará valoraciones más ajustadas si se apoya en instrumentos de valoración del riesgo específicamente diseñados para ello, que afinan en mayor medida en la detección de las necesidades criminógenas o factores de riesgo dinámicos.

Es un hecho constatado que cuando los instrumentos de evaluación del riesgo asociados a la conducta delictiva no consisten en herramientas objetivas, test actuariales, específicamente diseñados para tal efecto, la capacidad predictiva que nos ofrecen las pruebas psicológicas del ámbito clínico resulta bastante pobre, tal y como puede apreciarse en la siguiente tabla (Garrido et al., 2006:81)

Estudio	Criterio	Clínica	Actuarial
Bonta et al. (1998)	Reincidencia general	$r = .03$	$r = .39$
	Reincidencia violenta	$r = .09$	$r = .30$
Hanson y Bussière (1998)	Reincidencia sexual	$r = .11$	$r = .42$
Grove et al. (1995)	Índice General	Favorable 6%	Favorable 46%
Mossman (1994)	Violencia	AUC= .67	AUC= .78

Tabla 7. La superioridad de las evaluaciones actuariales de riesgo

No obstante, como apuntan Andrés-Pueyo y Echeburúa (2010), el juicio clínico estructurado, basado en instrumentos de predicción o valoración del riesgo, constituyen la técnica idónea para predecir y gestionar el riesgo. De este modo, se evitan errores y sesgos en el evaluador.

Respecto a las recomendaciones de cuáles son las características que debe poseer una instrumento de valoración, Andrews y Bonta (2010) indican las siguientes:

1. Utilizar medidas actuariales de riesgo. La evidencia demuestra que la evaluación es significativamente superior, y esto es cierto no solo para infractores en general, sino también para otros grupos de infractores específicos, tales como los que presentan trastornos mentales, agresores sexuales y hombres maltratadores.

2. Estos instrumentos de riesgo deben de demostrar a nivel psicométrico una aceptable validez predictiva.
3. Emplear instrumentos de predicción de riesgo diseñados específicamente para los objetivos o aspectos que queremos medir.
4. Utiliza instrumentos que deriven de teorías relevantes
5. El instrumento debe de ser capaz de rastrear de un modo adecuado las múltiples áreas de la conducta delictiva (necesidades criminógenas). La evaluación y seguimiento de las necesidades criminógenas permite evaluar el progreso de un tratamiento y los cambios en el nivel de riesgo durante el curso normal de la supervisión del caso.
6. Utiliza los test generales de personalidad y cognitivos para evaluar la capacidad de respuesta. Si bien estos instrumentos no son los adecuados en su faceta de predictores, representan pruebas de utilidad en lo que al principio de la capacidad de respuesta comentamos, es decir, a efectos de delimitar y describir estilos cognitivos, de aprendizaje, orientar mejor una determinada medida judicial o efectuar orientaciones hacia programas de tratamiento determinados.
7. Utilizar diferentes métodos para la evaluación de riesgo y necesidades. Una importante fuente de error es el formato utilizado en las evaluaciones. La validez predictiva mejora si se combinan métodos diferentes porque la debilidad de un método de evaluación se compensa con la mayor fuerza de otras. Los métodos comúnmente más utilizados en la evaluación de delincuentes es:
  - a. Inventarios contestados por el propio sujeto
  - b. La entrevista con el profesional
  - c. La observación conductual
  - d. Los procedimientos de vaciado de expediente.
8. Utilizar las escalas de valoración del riesgo con responsabilidad profesional. La valoración del riesgo puede tener serias consecuencias, para el infractor, así como para la seguridad de la sociedad. Es por esto que los profesionales que llevan a cabo la evaluación estén especializados en su administración, y lo aplican de un modo adecuado.

Por otro lado, respecto a cuáles son estas herramientas de predicción, encontramos en la actualidad una gran variedad de instrumentos específicos diseñados para la evaluación de delincuentes adultos, tales como el Violent Risk Appraisal Guide (VRAG) (Harris, Rice y Quinsey, 1993), Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) (Hare, 1990), Level of Service Inventory-Revised (LSI-R) (Andrews y Bonta, 1995).

Todos ellos con unas adecuadas propiedades psicométricas, como se ha podido comprobar en estudios como el de Gendreau, Goggin y Smith (2002), donde tras la comparación entre el PCL-R y el LSI-R, se observaron una capacidad predictiva estimada para el PCL-R de .25, mientras que para el LSI-R fue de .37. La versión revisada de este último instrumento, el LS-CMI (Level Service / Case Management Inventory) (Andrews, Bonta y Wormith, 2004), ha mostrado una validez predictiva para reincidencia delictiva general de .41.

Resulta de interés comentar también los resultados obtenidos acerca de la escala actuarial Violent Risk Appraisal Guide (VRAG; Quinsey et al., 1998), dirigida a predecir comportamiento violento. En un estudio exhaustivo de la historia psico-social y clínica de una muestra de más de 600 infractores con trastorno mental, donde se exploraron una serie de predictores en relación a la reincidencia violenta, se observó que, los mayores predictores de reincidencia violenta no fueron ni la historia psiquiátrica, ni el diagnóstico clínico, ni los síntomas clínicos. Los mayores factores de riesgo fueron: implicación temprana en conducta delictiva, historia criminal, abuso de alcohol, agresión, impulsividad, problemas en escuela y trabajo, psicopatía (PCL-R) y otros trastornos de personalidad, y la puntuación o nivel de riesgo obtenido en el LSI-R. (Andrews y Bonta, 2010)

Entre los instrumentos diseñados para jóvenes también existen una gran variedad de ellos, pero son menos las adaptaciones que tenemos en población española. De entre los centrados en la detección de psicopatía, destacan la versión juvenil de la Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare, *Psychopathy Checklist-Youth Version (PCL-YV; Forth, Kosson y Hare, 2003)*. Esta escala utiliza los contenidos de la PCL-R (*Psychopathy Checklist- Revised*. Hare, 2003). Se trata de un instrumento de 20 ítems, que valora mediante el empleo de una entrevista semiestructurada e información colateral rasgos comportamentales, afectivos e interpersonales relacionados con la

psicopatía. Proporciona una puntuación dimensional que representa el número y gravedad de los rasgos psicopáticos presentes en un adolescente.

Por otro lado, destaca la Escala de Diagnóstico de Desarrollo Antisocial (APSD), adaptación de *Antisocial Process Screening Device* (APSD; Frick y Hare, 2001), formada por 20 ítems que miden tres dimensiones: 1) Insensibilidad Emocional (IE); 2) Narcisismo (NAR); e 3) Impulsividad (IMP). Dirigida a niños con edades comprendidas entre los 6 los 13 años, y adolescentes, se cumplimenta por el padre/madre y un profesor.

También utiliza los contenidos de la PCL-R como guía para la definición del constructo de psicopatía, pero sus diferentes objetivos se evidencian en el contenido de los ítems y en el formato de evaluación seleccionado. Se trata de una escala concebida para evaluar los precursores de los rasgos de la psicopatía previos a la adolescencia, aunque también se emplea de forma extensa para adolescentes. Diseñada para aplicarse en contextos no institucionales (correccionales o centros de salud mental), no pudiendo beneficiarse por ello de los archivos clínicos o judiciales. Los ítems que la componen son calificados en una escala de 3 puntos: TF (Totalmente Falso), AV (Algunas veces Verdadero) y SV (Siempre Verdadero).

En cuanto a los instrumentos dirigidos a medir reincidencia delictiva, destacamos el SAVRY, Structured Assessment of Violence Risk in Youth (Borum, Bartel y Forth, 2003), cuyo objetivo se orienta a la valoración del riesgo de comportamientos violentos (violencia física, sexual y de amenazas graves en pacientes mentales y delincuentes jóvenes de entre 14-18 años). Consta de 30 ítems, 24 de ellos son factores de riesgo y 6 factores de protección.

Por otro lado, dirigido no específicamente a la valoración de comportamientos violentos futuros, sino a la predicción de reincidencia delictiva general, resulta referente el YLS/CMI (*Youth Level Service / Case Management Inventory*), de Hoge y Andrew (2002), versión adaptada del LSI-R, del que ya hemos comentado todo el respaldo empírico, teórico y aplicado. Se trata del instrumento de elección en nuestro trabajo de investigación porque a diferencia del SAVRY, el YLS/CMI sí que mide reincidencia general que es nuestro objetivo. Además de la predicción del riesgo de reincidencia, se

desarrolló con la finalidad de ayudar a los profesionales de la justicia en su cometido de evaluar los factores de riesgo y protección, y establecer las concretas necesidades criminógenas objeto de atención en las intervenciones.

La versión del YLS/CMI empleada en este trabajo es la adaptación llevada a cabo por Garrido, López y Silva (2004), y que se denomina Inventario de Gestión e Intervención para Jóvenes (IGI-J). Si bien este inventario cuenta con siete partes, para los objetivos planteados en esta investigación asociados a la predicción cuantitativa del riesgo, en función de los factores de riesgo detectados, los datos utilizados se han circunscrito a los que contienen las dos primeras partes. Los restantes apartados del inventario se corresponden, dentro del Modelo de Riesgo-Necesidades-Responsividad, con la parte de la gestión del caso centrada en el tratamiento y seguimiento de objetivos asociados a las necesidades criminógenas detectadas. A continuación describimos las distintas partes que integran el inventario:

- Primera parte: Evaluación de riesgo/necesidades

El IGI-J está integrado por 42 ítems agrupados en 8 áreas o factores de riesgo: 1) Delitos y medidas judiciales pasadas y actuales, 2) pautas educativas, 3) educación formal y empleo, 4) relación con el grupo de iguales, 5) consumo de sustancias, 6) ocio/diversión, 7) personalidad/conducta, 8) actitudes, valores y creencias.

Dentro de cada una de las áreas el profesional que evalúa el caso señala aquellos ítems, o elementos de riesgo, que considera presentes en el menor. En cada categoría o área, también hay que evaluar si existen factores protectores, indicándolos igualmente.

En el inventario se debe recoger, junto a cada categoría, la fuente de información de la que se ha servido para valorar los ítems (entrevista con el menor, padres, vaciado de expediente, test, informes técnicos de juzgados, informes de policía, de centros de protección de menores, Dirección territorial de bienestar social, centros escolares de referencia, información sanitaria, etc.).

Existe también la posibilidad de recoger en apartados específicos de esta primera parte, comentarios en cada una de las áreas relacionados con otros factores de riesgo

específicos del área evaluada que no se encuentra representado en los ítems del inventario, o bien estos espacios también se pueden utilizar para ampliar información de los ítems señalados.

- Segunda parte: resumen de factores de riesgo/necesidades.

En este apartado se obtiene cuantitativamente el nivel de riesgo global del inventario, así como parcial para cada una de las áreas o factores de riesgo. También se señalan los factores de protección recogidos en la primera parte.

- Tercera parte: evaluación de otras necesidades y consideraciones especiales

Lo componen 38 ítems, 11 referidos al ámbito familiar y 27 al propio menor (ver Anexo I). Con ellos se pretende valorar aspectos también relevantes que no se cuantifican para la estimación cuantitativa de los niveles de riesgo total y parciales, pero sí que los recoge por considerarlos de interés a tener en cuenta en el diseño de la intervención o PIEM (Programa Individualizado de Ejecución de Medida). También en esta parte, se recogen apartados específicos para que el evaluador pueda recoger comentarios, así como otras consideraciones de interés en relación a estas necesidades especiales a tener en cuenta en diseño del tratamiento.

- Cuarta parte: Evaluación cualitativa del nivel general de riesgo/necesidades del joven.

En esta parte del inventario se incluye el principio de autoridad, ya que pese a haber estimado de modo cuantitativo el nivel de riesgo en las dos primeras partes, se le solicita al evaluador responsable del caso su estimación del nivel de riesgo. De este modo, se otorga la responsabilidad definitiva al profesional, que debe mostrar sus apreciaciones. Así como en aquellos casos en que difieran ambas estimaciones, la cuantitativa del instrumento y la cualitativa del evaluador, este último debe argumentar las razones que motivan su discrepancia, a efectos de tener en cuenta dichas consideraciones a la hora de diseñar el PIEM.

- Quinta parte: nivel de intervención.

En este punto, y en base a toda la secuencia de pasos previos, el evaluador debe plantear el nivel de intervención que considera apropiado de acuerdo al principio de riesgo. Recordemos que este principio planteaba niveles más elevados de intervención en aquellos casos de mayor riesgo. Estos niveles de intervención a plantear por el profesional podrían clasificarse en los siguientes: 1) administrativo/burocrático, 2) intervención mínima, 3) intervención media, y 4) intervención máxima.

- Sexta parte: Programa de intervención.

En esta parte del inventario, se recogen los objetivos específicos que se establecen para la intervención y los medios o recursos que se van a emplear para alcanzarlos. En este punto debemos de tener en cuenta dos aspectos fundamentales. El primero de ellos hace referencia al principio de las necesidades, y se traduce en que los objetivos reflejados en la intervención (PIEM), deben de dirigirse a los factores de riesgo dinámicos detectados, solo focalizándonos en ellos podemos esperar que la reducción del riesgo de reincidencia se deba a nuestra intervención. El segundo de los aspectos a tener en cuenta, es la necesidad de contar a la hora de establecer estos objetivos con los factores de protección detectados.

- Séptima parte: revisión del caso.

En este último apartado del inventario se lleva a cabo la evaluación cualitativa y cuantitativa del caso. Nos permite el diseño de este apartado poder ver de un modo gráfico las diversas variaciones que acontezcan con el transcurso de la intervención (disminución cuantitativa del nivel de riesgo comparando niveles pre y post tratamiento, apreciar estancamientos en objetivos específicos, por lo que da pista de lo que funciona y lo que no, el logro de objetivos planteados, etc.).

En definitiva, permite evaluar el progreso del menor y la eficacia del tratamiento, así como constituir una relevante fuente de información objetiva para trasladar a aquellos técnicos que posteriormente continúen la intervención con el menor

(ej. Es el caso de menores que tras el cumplimiento de las medidas de internamiento, seguidamente pasan a ejecutar el periodo de libertad vigilada impuesto en su sentencia).

A lo largo de este apartado, y los anteriores, ya hemos hecho referencia a los factores de riesgo que de modo más significativo se relacionan con las carreras delictivas, según la literatura internacional. Nos interesa también revisar lo que dicen las investigaciones llevada a cabo en España, en relación a la reincidencia y predicción de la reincidencia, para ello nos centraremos en diversos estudios llevados a cabo en Asturias, Cataluña, Ceuta, Madrid y el País Vasco, y que se recogen en la “*Memoria de investigación: Factores de éxito asociados a los programas de intervención con menores infractores*” llevada a cabo por Redondo, Martínez Catena y Andrés (2011). Por último, también revisaremos dos investigaciones más de carácter nacional, la llevada a cabo en la Comunidad de Cantabria (2007-2009), y la investigación de tesis doctoral llevada a cabo entre los menores procedentes del Juzgados de Menores Número Uno de Castellón por Keren Cuervo en 2011.

En primer lugar, destacamos el estudio dirigido principalmente a evaluar los resultados de las medidas judiciales aplicadas en la comunidad de Asturias (Bravo, Sierra, y del Valle, 2007). Para ello analizaron una muestra de 382 jóvenes que habían cumplido alguna medida entre 2001 y 2003. La edad media de apertura del expediente judicial fue de 16,7 años para varones, y de 17 años para las mujeres. El delito más frecuente en varones fue el robo con fuerza, seguido de lesiones; mientras que en las chicas fueron los robos con intimidación y lesiones. La tasa de reincidencia general fue del 29,6% de la muestra para un periodo de seguimiento de entre 1 y 4 años.

Centrándonos en las características o variables asociadas que presentaban los menores con mayor reincidencia, aspecto de interés central en nuestra investigación, en esta investigación constataron como variables más relacionadas las siguientes:

1. Incremento de las problemáticas familiares.
2. Incremento de las familias desestructuradas.
3. Mayor presencia de familias permisivas.
4. Mayor incidencia de absentismo, violencia familiar, historial de protección y consumo de tóxicos (especialmente sustancias ilegales).



5. Mayor incidencia de características personales de riesgo de reincidencia, y de características personales protectoras en no reincidentes.
6. Los no reincidentes tendían a cumplir medidas de prestación en beneficio de la comunidad, mientras que los reincidentes cumplieron con mayor frecuencia medidas de libertad vigilada.

La segunda investigación de interés, es la llevada a cabo en Cataluña, dirigida al estudio de la reincidencia delictiva en una amplia muestra de jóvenes que habían cumplido diferentes medidas judiciales, integrada por 2.903 sujetos, de estos 2.534 eran varones y 369 mujeres. En esta muestra, la edad media de apertura del primer expediente judicial era de 16,05 años, el 65,8% de los delitos eran contra la propiedad, seguido de un 17,3% de lesiones. La tasa general de reincidencia fue del 22,73%.

En este estudio se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de reincidencia en función del tipo de medidas, siendo la tasa más elevada la asociada a las medidas de internamiento (62,8%), probablemente como sugieren los autores del estudio, esto sería debido a que dichos sujetos presentan un mayor número de déficits y necesidades criminógenas.

Entre los diversos resultados de este estudio, resulta también de interés la clara correlación entre la medida aplicada, la tasa de reincidencia y el perfil de los infractores. Constatando que el perfil de menor más normalizado (más factores de protección y menor número de factores de riesgo), se asocia a medidas de carácter comunitario y baja tasa de reincidencia. Del mismo modo, entre las variables más asociadas a reincidencia, destacaron las siguientes:

1. Mayor reincidencia en varones con 25,2% frente a las chicas 12,7%.
2. La nacionalidad no se asocio a la magnitud de la reincidencia, pese a que los extranjeros contaban con un mayor número de factores de riesgo.
3. Los menores que presentaban consumo de drogas o padecían algún trastorno mental reincidieron más que los que no presentaban estas problemáticas.
4. Los reincidentes presentaban mayor número de características socio-familiares desfavorables: más rupturas de vínculos con sus progenitores,

mayor proporción de malos tratos recibidos dentro de su núcleo familiar, estilos educativos incoherentes y poco efectivo, entre otros.

5. Otras variables asociadas a reincidencia: no contar con domicilio fijo ni convivencia con familia de origen, no estar matriculado en la escuela, no tener formación escolar o trabajo, y contar con una pareja disocial o continuar relacionándose con amigos delincuentes.
6. En cuanto al historial delictivo y judicial se apreciaron diferencias significativas entre el grupo de reincidentes y no reincidente. Los reincidentes tenían más antecedentes delictivos y habían cometido delitos más violentos. También los reincidentes eran en general más jóvenes que los no reincidentes cuando finalizaban el cumplimiento de la medida impuesta. Por último, aquellos menores a los que se les aplicó una medida de internamiento (asociados habitualmente a perfiles delictivos más duros) presentaban mayores probabilidades de reincidencia, tanto en el sistema de justicia juvenil como en el de adultos.

Otro estudio de interés, llevado a cabo en la comunidad de Ceuta, consistente en la revisión estadística de las medidas judiciales aplicadas durante el año 2009, implicaba a 159 menores de edades comprendidas entre los 14 y 17 años que cumplían medidas de libertad vigilada o de realización de tareas socioeducativas. Del total, el 26,4% eran reincidentes, siendo este grupo mayoritariamente de varones (90,5%). Para esta muestra, la evaluación del riesgo de reincidencia durante la primera evaluación del menor se llevó a cabo con el Inventario de Gestión e Intervención para jóvenes (IGI-J). Los resultados mostraron diferencias en los porcentajes de ambos grupos, en la dirección de mayor porcentaje de puntuaciones de riesgo baja en el grupo de no reincidentes, y más menores del grupo de reincidentes con puntuaciones de riesgo de moderadas a muy altas. Los porcentajes asociados a las bandas de riesgo de ambos grupos fueron las siguientes: no reincidentes [nivel bajo (51%); moderado (26%); alto (3,6%); muy alto (19,6)], frente al grupo de reincidentes [nivel bajo (31%); moderado (55%); alto (7%); muy alto (7%)].

Un estudio de investigación relevante para nuestro propósito, dirigido por Graña et al, 2007) fue el llevado a cabo en la Comunidad de Madrid, donde se empleó el Inventario de Gestión e Intervención para jóvenes (IGI-J) con la finalidad de analizar la

capacidad predictiva del instrumento, en una muestra de 208 menores infractores, de los cuales 172 eran varones y 35 mujeres, de edades comprendidas entre los 14 y 18 años. Como resultados más relevantes, de la comparación del grupo de reincidente frente al de no reincidentes, referir la existencia de diferencias estadísticamente significativas en todos los factores de riesgo incluidos en el IGI-J, a excepción del factor “actividades de ocio/diversión”. La mayor capacidad predictiva asociada al grupo de reincidentes correspondió a los predictores: delitos y medidas judiciales pasadas y actuales, consumo de sustancias y personalidad/conducta del menor.

Otro de los estudios de interés en relación a la predicción de la reincidencia y factores de riesgo asociados que queremos destacar es el llevado a cabo en el País Vasco por San Juan, Ocáriz y de la Cuesta (2007, 2009), que efectuaron una evaluación de las medidas en medio abierto del plan de justicia juvenil de la comunidad autónoma del País Vasco, para el periodo 2003-2004. La evaluación más relevante, referida a la reincidencia delictiva y factores asociados, se efectuó a través del análisis retrospectivo de los historiales de los sujetos. Destacamos de dicha comparación los siguientes aspectos:

1. Dentro del grupo de reincidentes, aquellos que previamente habían contado con una medida de medio abierto, el porcentaje de reincidente fue del 40,4%. Mientras que aquellos que habían tenido una medida previa de internamiento en régimen cerrado, habían reincidido el 59%.
2. Los dos principales predictores de reincidencia delictiva fueron el fracaso escolar y el tipo de medida judicial (internamiento vs. Medio abierto), que les había sido inicialmente aplicada.
3. Los menores reincidentes se caracterizaron por ser varones, de nacionalidad española, procedentes de familias numerosas con dificultades económicas y de familias desestructuradas, y con menores vínculos afectivos. Además estos menores reincidentes presentaban mayor consumo de tóxicos, mantenían relaciones sociales de riesgo, y contaban con mayor probabilidad de padecer trastornos mentales, hiperactividad o impulsividad.

En cuanto al estudio publicado en 2009 por el Gobierno de Cantabria, dirigido a aumentar el conocimiento de las características y necesidades de los menores infractores de esta comunidad, se empleó una muestra de 92 menores con medidas judiciales, evaluados con el *Cuaderno de Recogida de Información del Menor (CRIM)*, el *IGI-J*, la *Escala de Conducta Antisocial (PCL-YV)* y la *Escala de Desarrollo Antisocial (APSD)*.

En cuanto a la predicción de la reincidencia medida con el IGI-j, los resultados más significativos de esta investigación revelaron la adecuada capacidad predictiva discriminando menores reincidentes y no reincidentes en la puntuación global total, existiendo diferencias significativas igualmente en relación a los siguientes factores de riesgo 1) historial delictivo, 2) consumo de sustancias, 3) personalidad/conducta y 4) Actitudes, valores y creencias.

En cuanto a los otros dos instrumentos, PCL-YV y APSD, también se mostraron como herramientas válidas de predicción, todas correlacionadas entre sí, pero evaluando aspectos diversos del riesgo de reincidencia. El problema que señalan con todas las pruebas es que si bien cuenta con una alta probabilidad de acertar con los reincidentes, también se asume el riesgo de los falsos positivos, considerar como potencial reincidente sujetos que posteriormente no lo son.

En cualquier caso, los tres instrumentos son considerados de utilidad, siendo central el papel del IGI-j como instrumento de valoración del riesgo, y las restantes pruebas opcionales en su empleo en función de determinadas condiciones o características que presente el caso. Por ejemplo, se recomienda el PCL-YV para la evaluación de rasgos asociados a psicopatía en aquellos casos de menores con historiales delictivos más intensos y variados, ausencia de carrera delictiva relevante, pero hechos aislados de gran violencia, cuando la puntuación media en APSD (*Escala de Desarrollo Antisocial*) sea de 15 puntos, entre otras recomendaciones.

Por último, en relación al trabajo de tesis doctoral realizado por Cuervo (2011), su investigación de carácter longitudinal de seguimiento durante dos años a una muestra integrada por 210 menores del Juzgado de Menores de Castellón, se centró también en la predicción del riesgo de reincidencia empleando como instrumento de evaluación el IGI-J. Sus resultados mostraron la existencia de un porcentaje elevado de

menores con trayectoria delictiva puntual (un solo expediente), junto a un porcentaje muy reducido de menores con trayectorias delictivas persistentes.

En esta investigación también se señala una estrecha asociación entre el nivel de riesgo medido por el IGI-J y la acumulación de expedientes, con independencia de las intervenciones realizadas. Las áreas de este inventario más predictores de reincidencia en esta investigación fueron: 1) personalidad y conducta, 2) relación con grupo de iguales 3) educación formal/empleo y 4) ocio/diversión.

Desde esta investigación, y a tenor de los resultados obtenidos en su muestra, se plantea que los factores predictores no parecen coincidir con los modelos derivados de la psicopatología, y sí en cambio con los factores propuestos por las teorías del aprendizaje social, atribuyendo en este sentido las causas de la conducta delictiva a las interacciones que tienen lugar en contexto social del menor (Cuervo, 2011).

### 5.3. Evaluación de características clínicas y psicopatológicas en delincuencia juvenil

Tal y como se ha descrito en los precedentes apartados, las actuales investigaciones acerca de la delincuencia juvenil (Andrews y Bonta, 2010), plantean desde una aproximación multidimensional la adecuación de explorar las potenciales interacciones entre variables procedentes del entorno y las de tipo personal, en un intento de delimitar aquellos factores de riesgo, a partir de los cuales obtener indicadores empíricos que permitan efectuar predicciones relacionadas con el comportamiento en adolescentes infractores.

Si bien dicha aproximación constituye la corriente de investigación central en la actualidad, recientemente también se están llevando a cabo diversos estudios que plantean como interesante línea de investigación el estudio de los perfiles de personalidad, síndromes clínicos y preocupaciones presentadas por este grupo de adolescentes con la finalidad de discriminar indicadores de tipo psicológico que complementen las evaluaciones centradas en la predicción del riesgo de reincidencia, el análisis de los factores de riesgo, y de modo específico aporten orientaciones a nivel de

toma de decisiones en cuanto a las evaluaciones e intervenciones más eficaces en la individualización de sus correspondientes programas de tratamiento (Alarcón et al., 2005; Rayner et al., 2005; Salekin et al., 2002a; Stefurak et al., 2004; Taylor et al., 2006).

La relevancia que presenta el abordaje de los citados objetivos de investigación resulta congruente a tenor de que las mayores cifras de incidencia y prevalencia de la conducta delictiva se alcanzan durante la adolescencia y adultez temprana, aspecto éste ya analizado cuando referimos en precedentes apartados, como la aparición de conductas antisociales antes de los 15 años constituía un fiable predictor de delincuencia adulta (Redondo y Garrido, 2013).

Estas circunstancias justifican la necesidad de desarrollar líneas de investigación encaminadas a estudiar y detectar de modo temprano las conductas de riesgo antisocial de este grupo poblacional, resultando útil por este motivo la elaboración de una ajustada evaluación de aquellos factores psicológicos relacionados con estas manifestaciones conductuales.

Diversos estudios han dado cuenta de que los adolescentes infractores constituyen un grupo bastante heterogéneo en términos de su funcionamiento emocional, cognitivo, agresividad, historia delictiva, variables demográficas e historia psiquiátrica (Harris y Jones, 1999; Moffit et al., 1996). Estos resultados han suscitado recientes investigaciones que basadas en sistemas de clasificación empíricos se han orientado a la identificación, dentro de dicho grupo poblacional, de subgrupos de infractores más homogéneos empleando para ello modelos actuariales de evaluación de factores de riesgo y necesidades, a través de los cuales se permita optimizar la evaluación, tratamiento y la disposición de los planes de intervención dirigidos a estos adolescentes infractores (Andrews y Bonta, 1994; Benda, Corwyn y Toombs, 2001).

Los intentos de clasificación de infractores juveniles durante los últimos 50 años se han centrado en variables diversas como el tipo de delito y la gravedad del mismo (Sas, Jaffe y Reddon, 1985), en la historia de abuso (Lowenkamp, Holsinger y Latessa, 2001), el autoconcepto y relaciones sociales (Brannon, Brannon, Craig y Martray, 1989). Algunas de estas clasificaciones no han tenido en cuenta los subyacentes

problemas de salud mental asociados a este grupo, siendo frecuente encontrar en los mismos experiencias psicológicas de carácter desadaptativo, entre las cuales se incluyen trastornos depresivos, abuso de sustancias y pobres habilidades interpersonales (Cauffman, 2004; Dembo y Schmeidler, 1996, 2003).

A colación con estos últimos estudios, la literatura científica ha confirmado la alta prevalencia de problemas mentales en varones adolescentes infractores al ser comparados con la población normal de adolescentes. De modo particular, han señalado una alta frecuencia de trastornos de conducta (Doreleijers, Moser, Thijs, Van Engeland y Beyaert, 2000), abuso de sustancias (Farrow y French, 1986), depresión (Timmons-Mitchell et al., 1997) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH (Timmons-Mitchell et al., 1997). Del mismo modo, los datos procedentes de Reino Unido concluyen que los problemas de salud mental son tres veces más altos para aquellas personas que se encuentran dentro del sistema de justicia penal que los presentados en la población general.

Especial mención merece el estudio completado en Reino Unido para la Oficina Nacional de Estadística por parte de Lader, Singleton and Meltzer (2000), donde empleando instrumentos con una adecuada validez psicométrica, evaluaron personalidad, desórdenes afectivos y neuróticos, en una muestra de 590 jóvenes infractores, integrada por varones y mujeres. Los resultados reflejan que aproximadamente 9 de cada 10 varones presentaban criterios para un desorden de la personalidad, siendo 8 de cada 10 los varones que cumplían criterios para el trastorno antisocial de la personalidad y aproximadamente 1 de cada 4 para el trastorno paranoide de la personalidad. En cambio, con un valor inferior a 1 de cada 10, varones infractores habían presentado un funcionamiento psicótico durante el año anterior a su ingreso.

En relación al ámbito de la personalidad, el estudio psicométrico de las características de personalidad en la población delictiva ha constituido un ámbito de interés para algunos investigadores (Eysenck, 1964; Valliant y Bergeron, 1997). El empleo de medidas estandarizadas de personalidad con la finalidad de investigar el papel de la personalidad en diferentes tipos de adolescentes con comportamientos delictivos, ha generado consecuentemente cierto interés en la identificación de la validez predictiva de específicos patrones de personalidad. De modo más reciente, esto

ha llevado ha focalizar ciertos estudios en la discriminación de posibles relaciones entre delincuencia y psicopatía (Loper, Hoffsschmidt y Ash, 2001). Entendiendo la psicopatía como un trastorno de personalidad que incluye características narcisistas, manipulativas y con tendencia a emplear el engaño, conjuntamente con comportamientos antisociales (Cleckley, 1976).

Dada cuenta de las aportaciones relacionadas con el ámbito de la salud mental de esta población, e incidiendo en las conclusiones del estudio de Dembo et al. (1989), donde se pone de relieve que los infractores graves (aquellos con delitos graves, generalmente integrados en centros internamiento), representan un grupo de jóvenes con alto riesgo de presentar psicopatología, desajuste institucional y reincidencia; respecto a aquellos infractores de menor gravedad en los que se presentan problemáticas múltiples en diversas áreas de funcionamiento. Resulta razonable considerar como línea de investigación potencialmente fructífera, aquella que plantea la adecuación de desarrollar clasificaciones o tipologías que permitan evaluar tanto la clínica como la personalidad del conjunto de adolescentes infractores.

Si bien durante la última década se han efectuado investigaciones con esta finalidad (Jones y Harris, 1999), el soporte empírico de dichas clasificaciones continúa siendo limitado. Por este motivo, existe la necesidad de continuar investigando en el desarrollo de tipologías o taxonomías especialmente en relación al conjunto de adolescentes infractores que presentan mayor gravedad y riesgo de reincidencia (Dembo et al., 1996).

Precisamente con esta finalidad, la cual es común al objetivo de nuestro trabajo de investigación, durante los últimos años se están desarrollando diversos estudios que comparten esta aproximación.

Respecto a los instrumentos de evaluación de la personalidad especialmente diseñados para la población adolescente, no siendo estos abundantes en las publicaciones científicas, resultan aún menos frecuentes las adaptaciones o estudios en grupo más complejos de riesgo como pueden ser los adolescentes infractores. Entre los instrumentos más citados en la literatura científica en evaluación de adolescentes nos encontramos los desarrollados por el modelo multidimensional de Achenbach, Child



Behavior Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TRF) y el Youth Self-Report (YSF), así como el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A). Si bien ambos modelos de evaluación de adolescentes resultan adecuados en la detección y evaluación de la sintomatología; no obstante, el no contar con un modelo teórico de personalidad de base, se ve limitada de algún modo la interpretación de los indicadores observados, así como la capacidad de predecir comportamientos en este grupo.

No obstante, algunos autores están considerando la adecuación de otros instrumentos que suplan tales carencias. Tal es el caso del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon, MACI (1993), el cual también se encuentra validado en población española (Gloria Aguirre Llagostera, 2003). Dicho inventario se fundamenta en el modelo evolutivo de la personalidad desarrollado por Theodor Millon (1969,1990), constituyendo un importante instrumento de evaluación especialmente útil para el estudio sistemático de la personalidad adolescente y sus trastornos. Permitiendo integrar la observación sistemática de las características de personalidad y de sus trastornos, así como detectar la presencia de síndromes clínicos relevantes. Lo que constituye un puente entre los síndromes clínicos del Eje I y los trastornos de personalidad del Eje II del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994).

De este modo, el MACI ha sido empleado con la finalidad de identificar y describir perfiles de personalidad, trastornos clínicos y preocupaciones expresadas (sentimientos y actitudes acerca de cuestiones que tienden a generar preocupación a adolescentes que presentan dificultades), dentro del grupo de adolescentes que presentan comportamientos delictivos (Alarcon et al., 2005; Martín, 2009; Rayner et al., 2005; Salekin et al., 2002; Stefurak et al., 2004; Taylor et al., 2006). Permitiendo establecer adicionalmente, posteriores diseños o propuestas de intervención en función de los resultados obtenidos.

A continuación, basándonos en una representativa selección de investigaciones asentadas en esta aproximación de estudio, de la población de adolescentes infractores, vamos a describir los principales resultados que se desprenden de sus estudios.

Previamente, conviene hacer mención al tipo de análisis que efectúan con el conjunto de datos procedentes de las 27 variables clínicas que integra el MACI, a saber: 12 escalas referidas a patrones de personalidad, 7 escalas asociadas a síndromes clínicos y 8 escalas de preocupaciones expresadas. Generalmente, en dichas investigaciones una vez obtenidas las medidas de los sujetos e introducidas en una matriz de datos, se procede al análisis de los mismos mediante el empleo de técnicas de análisis de conglomerados (cluster). Se trata de agrupar las observaciones de forma que los datos sean lo más homogéneos dentro de los grupos (mínima varianza), y que estos grupos sean lo más heterogéneos posibles entre ellos (máxima varianza).

De este modo se obtiene una clasificación o taxonomía de los datos multivariante con la que se pueden comprender mejor los datos y las poblaciones de las que proceden, al permitir el reconocimiento de patrones dentro de una matriz de datos. Dentro de este tipo de análisis, la técnica empleada para la formación de cluster suele ser las técnicas jerárquicas aglomerativas de formación de conglomerados, las cuales consisten en considerar en primera instancia cada observación como un cluster y posteriormente “agrupar” las observaciones más similares a la tomada como referencia. No obstante, también suele optarse en estas investigaciones por otro tipo de técnica, resultando frecuente el empleo del método Ward, consistente en una técnica inferencial de formación de conglomerados, basada en la minimización de la suma de cuadrados dentro de un cluster.

No obstante, no todas las investigaciones emplean dicha metodología, tal es el caso de Salekin (2002), el cual investigó la validez factorial del MACI en una muestra de 250 adolescentes infractores. Los resultados de las siete escalas clínicas revelaron una estructura de dos factores que recogía el 66,2% de la varianza. El Factor I, denominado humor depresivo, con un 34,8% de la varianza, lo componían las siguientes escalas clínicas: Afecto depresivo (FF), Tendencia al suicidio (GG) y Trastornos de la Alimentación (AA). Por otro lado, el Factor II (Precursores de la psicopatía), explicaba un 31,3% de la varianza y lo integraban las escalas clínicas de Predisposición a la delincuencia (CC), Propensión a la impulsividad (DD) y bajos niveles en la escala de Sentimientos de Ansiedad (EE). Saturando de modo positivo y significativo en ambos factores la escala de Propensión al abuso de Sustancias, aunque siendo ligeramente superior en el Factor II.

Del mismo modo, respecto a las 12 escalas de personalidad la solución factorial obtenida fue de dos factores, los cuales aunaban el 67,8% de la varianza explicada. Integrando el Factor I, con una varianza de un 54,4%, por un total de 6 escalas, siendo las más relevantes las siguientes: Introverso (1), Inhibido (2) y Pesimista (2B). En cuanto al Factor II (13,4% de la varianza), las escalas que lo constituían fueron Rudo (6B), Rebelde, Antisocial (6A) y niveles bajos de Conformista (dominancia) (7).

Por último, en cuanto a las 8 escalas de Preocupaciones Expresadas, el análisis factorial arrojó una solución de dos factores que integraban el 54,4% de la varianza. Siendo el Factor I denominado como Confusión de la identidad, e integrado por la escala Difusión de la identidad (A), Discordancia Familiar (G) y niveles bajos en Incomodidad respecto al Sexo (D). En cuanto al segundo factor, al cual se le denominó Sensibilidad Social, estaba compuesto por las escalas: Desagrado por el propio cuerpo (C), Inseguridad con los iguales (E) y bajos niveles en la escala de Insensibilidad Social (F).

Respecto a estos resultados, Salekin (2002), efectúa ciertas consideraciones de interés. Respecto al Factor II de las escalas clínicas (Precursores de la Psicopatía), considera que tal denominación al factor se relaciona con el hecho de que la combinación de escalas que integra favorece que estos individuos puedan experimentar mayor aproximación hacia la delincuencia por la presencia de bajos niveles de miedo junto a una alta impulsividad. De hecho, tal hipótesis también es sostenida por otros teóricos (Gray, 1987; Lykken, 1995), los cuales consideran estos elementos como distintivos de la psicopatía. Si bien hay que poner de relieve que este factor no debería emplearse como sinónimo de diagnóstico de psicopatía, lo cierto es que los bajos niveles de miedo y ansiedad podrían considerarse precursores para el desarrollo de este trastorno.

Por otro lado, la distinción entre el Factor I (Humor o disposición depresiva) y el Factor II (Precursores de psicopatía), resultaría clínicamente significativa en relación a este grupo poblacional y sus necesidades de tratamiento. La depresión en jóvenes antisociales, puede presentar diversas manifestaciones, incluyendo los actos delictivos, la agresión y la agitación (Sheras, 1992). Si bien, este tipo de infractores difiere sustancialmente de aquellos adolescentes cuya alta impulsividad, baja ansiedad, se

relacionan con predisposición hacia diversos actos delictivos. De hecho, estas diferencias podrían relacionar por un lado a aquellos jóvenes con una mayor tendencia de reincidencia (Moffitt, 1993), frente a aquellos cuya tendencia antisocial se encuentra limitada en el tiempo y posteriormente desisten. Existiendo por tanto en ambos grupos de jóvenes diferencias significativas en relación a las necesidades e implicaciones en sus respectivos tratamientos.

Otra de las investigaciones que resulta interesante tener en cuenta, es la llevada a cabo por Alarcón et al. (2005) en una muestra de 86 adolescentes infractores chilenos. Dicho grupo fue comparado con una muestra control integrada por 225 adolescentes normalizados, a través de las referidas 27 escalas del MACI. Dicho estudio realizó un análisis de conglomerado jerárquico de la matriz de 86 individuos, donde la semejanza entre los sujetos se calculó en función de los valores de las variables en las escalas de personalidad, detectándose a diferencia del anterior estudio de Salekin (2002), cinco agrupaciones o perfiles claramente diferenciados.

El grupo I, denominado estilo Trasgresor-Delictual, se encuentra representado por un 33,7% de la muestra. Principalmente definido por la escala Rebelde (6A) y por la escala de Predisposición a la Delincuencia (CC) como síndrome clínico. Del mismo modo, forma parte de este perfil las escalas Egocéntrico (5) e Histriónico (4); así como los síndromes Tendencia Impulsiva (DD) y Tendencia al abuso de sustancias (BB); así como la escala de Preocupaciones Expresadas de Insensibilidad Social (F), como única representada en este grupo.

Dicha agrupación se encontraría caracterizada por adolescentes con un funcionamiento que los predispone a comportamientos disruptivos que transgreden las normas sociales y los derechos de los demás, centrándose en sus necesidades y con especial interés en captar la atención a través del estrés que generan en sus entornos. Su actitud es de indiferencia ante las necesidades de su grupo social.

El grupo II, se definió como estilo Oposicionista-Autodestructivo y se encuentra representado por el 18,6% de la muestra. Dicho perfil está conformado principalmente por las escalas de personalidad, Oposicionista (8A), Rudo (6B) y Pesimista (2B), así como por dos escalas pertenecientes a síndromes clínicos, a saber: Predisposición al

abuso de sustancias (BB) e Impulsividad (DD). Encontrándose representada como escalas de preocupaciones, tanto Abusos en la Infancia (H) y la Discordancia Familiar (G). Estos adolescentes se caracterizan por la presencia de una importante sintomatología y desajuste psicopatológico, presentando un estilo oposicionista que puede oscilar entre reacciones de obediencia y desafío, buscando ejercer poder en las relaciones interpersonales, enfrentándose a intensos conflictos consigo mismos y con los demás. Siendo frecuente también la sensación de daño interno (depresión), probablemente asociada a una historia de vida deprivada o traumática y que en la actualidad se exterioriza a través de un actuar impulsivo y alta desorganización emocional (escala borderline, Tendencia límite).

En cuanto al grupo III, definido como estilo Inhibido-Evitativo en el contacto interpersonal, representaron el 14% de la muestra. Dicho grupo comparte con el anterior perfil la elevación en las escalas de Pesimista (2B), Autopunitivo (8B) y Desvalorización de sí mismo (B), junto a un estilo de personalidad introvertido (1) y síndrome clínico de tipo ansioso (Sentimientos de ansiedad, EE). El patrón que los caracteriza se asocia a tendencia al aislamiento, sentimientos depresivos, desvalorización personal y especial sensibilidad para experimentar el rechazo o dolor del abandono de otros.

El grupo IV, denominado Dependientes-Ansiosos representó al 14% de la muestra. Con un mayor grado de conformismo, se encuentran fuertemente determinados por las escalas Sumiso (3), Sentimientos de ansiedad (EE) y Conformista (7), y en menor medida por Incomodidad respecto al sexo (D). Los adolescentes de este grupo presentarían un estilo de personalidad sumiso, mostrando sentimientos de ansiedad e incomodidad ante sus impulsos sexuales. Han aprendido que sus fuentes de gratificación responden al apoyo afectivo que proviene de los otros y por tanto están dispuestos a acatar reglas o desafíos que les imponen los demás, aún cuando no compartan estas motivaciones.

En último lugar, el grupo V, cuyo perfil no logra ser descrito de modo exhaustivo a través del MACI, ya que no presentaría sintomatología clínica, siendo parte de sus estrategias de afrontamiento al entorno un estilo conformista y de mayor preocupación por la valoración externa, hallándose representado por el 15% de la

muestra estudiada. Pese a las principales características de este perfil, sólo se evidencia en este grupo cierta limitación en sus extremos para las escalas de personalidad que suelen aparecer elevadas en población normalizada adolescente (Conformista o ajustado a las reglas del grupo, combinado con la escala de Histriónico). Estos adolescentes, cuya autora los denomina subclínicos, al no presentar sintomatología, sólo se involucrarían en conductas antisociales como búsqueda de aceptación y fuente de gratificación afectiva y social.

Como aspectos a destacar de los perfiles extraídos en esta investigación, merecen especial mención el grupo I y II, ya que se trata de dos agrupaciones con un mayor predisposición personal a involucrarse en conductas delictivas. Especialmente el grupo I presenta un estilo de personalidad transgresor, cuya estrategia de afrontamiento se aproxima a la insensibilidad, sin preocupación por las consecuencias de sus actos en otros (McCann, 1999).

Si bien en la presente investigación, podrían considerarse los 4 primeros grupos como tipos de personalidad con condicionantes de riesgo, esto permite comprobar nuevamente la existencia de una multidimensionalidad en relación al fenómeno de estudio, no evidenciándose de ningún modo la posibilidad de reducir a una sola variable la predicción del comportamiento. Constatándose como vienen reflejando estas investigaciones la significativa heterogeneidad de este grupo de jóvenes, la cual debe ser motivo de atención tanto en los procesos de evaluación como en las estrategias de intervención.

De las investigaciones llevadas a cabo en Reino Unido destacar el estudio de Rayner et al. (2005), orientado a la detección de las necesidades de salud mental, personalidad y funcionamiento cognitivo en una muestra de infractores adolescentes integrada por 31 adolescentes infractores varones institucionalizados, con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años (media de edad=14). Como instrumentos de evaluación emplearon: la entrevista diagnóstica K-SADS 4ª versión (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children, Orvaschel y Puig-Antich, 1986), el MACI (características de personalidad, preocupaciones expresadas y la escala de síndromes clínicos), y el test de inteligencia Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III; Wechsler, 1992).

Los resultados generales obtenidos mostraron una compleja combinación de comportamientos externalizantes (trastornos de conducta, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, abuso de sustancias), así como problemas familiares e interpersonales y bajos niveles de inteligencia.

Respecto a las puntuaciones ofrecidas por el MACI en esta investigación, tras convertir las puntuaciones directas en puntuaciones de tasa base (TB), las cuales se distribuyen en un rango de (0-115). Consideraron que aquellas puntuaciones de TB comprendidas entre 60-74 indicaban la presencia del rasgo en la escala en un nivel sub-clínico. Las TB comprendidas entre 75-85, indican que la/s característica/s medida/s por la escala en cuestión se encuentran en el sujeto con una presencia clínica. Y finalmente, las puntuaciones por encima de 85 hasta 115, indican una prominencia clínica de las características clínicas o de personalidad contenidas en la escala en cuestión.

Tomando estos criterios, observaron que de las 12 escalas de personalidad se constataron elevaciones significativas en (6A) Rebelde/Antisocial (media=85.5, SD=15.8), donde se evidencia un patrón generalizado de resistencia a las normas o convenciones sociales; (4) Histriónico (media=62.4, SD=7.8), caracterizados por una alta tendencia a mostrarse excesivamente habladores, frecuentemente exhibicionistas o emocionalmente expresivos y con relaciones intensas pero breves con los demás; y la escala (8A) Oposicionista (media=67.5, SD=9.2), en los que se reflejarían dificultades para controlar su humor, hostiles, irritables y con cierta propensión a mostrar comportamientos impredecibles.

En cuanto a las 8 escalas de Preocupaciones Expresadas, los resultados mostraron elevaciones subclínicas en las referidas a Discordancia familiar (G) (media=71.5, SD=8.5), e Insensibilidad Social (F) (media=74.8, SD=7.4). Si bien la primera de ella se referiría a la percepción de sus familias como fuente de tensión y conflicto. La Insensibilidad Social caracterizaría a aquellos jóvenes con una marcada frialdad e indiferencia en relación al bienestar de los otros, queriendo anular los derechos de los demás para lograr sus propias metas.

En el ámbito de los Síndromes Clínicos se detectaron 3 escalas que presentaban puntuaciones medias elevadas, siendo estas las siguientes: Predisposición a la

delincuencia (media=90.1, SD=11.2), Inclinación al abuso de sustancias (media=76.5, SD=8.2), y Propensión a la impulsividad (media=79.5, SD=7.9). Dichos resultados fueron consistentes con los diagnósticos referidos usando el K-SADS, donde la triada de dificultades identificadas fueron los trastornos de conducta, el abuso de sustancias y el TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

Un ámbito de evaluación adicional que introduce esta investigación es la relacionada con el funcionamiento cognitivo de esta muestra de adolescentes infractores. El empleo para ello del WISC-III, confirmó que los tres coeficientes de inteligencia obtenidos (IG:  $t$  -9.48, verbal  $t$  -8.49 y manipulativo  $t$  -6.81), fueron significativamente más bajos (para un nivel de confianza de 0.01%), que aquellos observados en población normal. De hecho, estudios previos también han observado esta tendencia especialmente en relación al coeficiente verbal (Moffitt y Silva, 1988).

Resulta interesante observar si comparamos los tres estudios comentados (Alarcón et al., 2005; Rayner et al., 2005; Salekin, 2002), como a nivel de síndromes clínicos dichas poblaciones presentan una alta representatividad de las escalas relacionadas con Predisposición a la delincuencia (CC), Inclinación al abuso de sustancias (BB) y Propensión a la impulsividad (DD). Dichos síndromes clínicos siendo los más frecuentes en la investigación de Rayner et al., (2005), guardarían una alta correspondencia con los identificados por Salekin (2002) en su Factor II, definido como Precusores de la psicopatía. Factor que contenía una varianza explicativa de 31.3%, y que investigadores como Lykken (1995) han señalado como elementos distintivos de la psicopatía. Siendo además, el grupo de infractores que contienen este perfil frecuentemente relacionados con la existencia de una mayor tendencia de reincidencia y menor desistimiento (Moffitt, 1993).

Del mismo modo, en los resultados obtenidos por Alarcón, dichas escalas se encontrarían asociadas con los dos primeros subgrupos de su muestra de infractores (Tipo I, Infractor-Delictual y Tipo II, Oposicionista-Autodestructivo), los cuales representaban a un alto porcentaje de la misma, siendo en el primer caso de un 33.7% y de un 18.6% en el Tipo II.



En cuanto a las escalas de personalidad más representativas de estos jóvenes en el estudio de Rayner et al., (2005); Rebelde (6A), Histriónico (4) y Opositorista (8A). La escala Rebelde (6A), la cual se relacionaría en adultos con un trastorno de personalidad antisocial, también se ve significativamente representada en el Factor II (Rudo, Rebelde y bajos niveles de Conformista) de la investigación de Salekin (2002). Así como en los dos principales tipos o perfiles planteados por Alarcón (2005) (Tipo I, Infractor-Delictual y Tipo II, Opositorista-Autodestructivo).

Si bien a lo largo de la exposición de estas representativas investigaciones hemos podido comprobar la existencia de aspectos comunes, las diferencias en las soluciones obtenidas en cuanto al número subgrupos o perfiles detectados también resultan manifiestas. Aspecto éste que limita, por el momento, el establecimiento de un consenso en relación a la validez de las taxonomías propuestas, justificando por tanto las comunes indicaciones que desde esta aproximación de estudio de los adolescentes infractores se están compartiendo, y que no es otra que la necesidad de continuar desarrollando investigaciones que discriminen dentro de la heterogeneidad de este grupo poblacional a nivel de personalidad, clínica y necesidades de salud mental, la configuración de perfiles más homogéneos.

Ya que la consecución de dichos objetivos constituye una interesante propuesta a nivel de detección de necesidades particulares de intervención psicológica, el ajustado y optimizado empleo de tratamientos empíricamente validados, la adecuada orientación técnica a las administraciones judiciales correspondientes, así como una visión más integrada de los factores de riesgo tanto sociales como psicológicos que están influyendo tanto en los problemas de ajuste de estos jóvenes, como en las alarmantes consecuencias sociales que se derivan de sus conductas antisociales.



## **CAPÍTULO 2. ESTUDIO EMPÍRICO**



## 1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El **objetivo general** de la presente investigación es explorar la relación entre el nivel de riesgo de reincidencia y variables psicopatológicas en una muestra de menores infractores que se encuentran dentro del sistema judicial.

Este objetivo general se concretará en los siguientes **objetivos específicos**:

1. Evaluar los **datos de la historia judicial** mediante el Cuadernillo de Recogida de Información (CRIM-M).
2. Evaluar el **riesgo de reincidencia** mediante el Inventario de Gestión e Intervención para Jóvenes (IGI-J).
3. Evaluar la **psicopatología o necesidades de salud mental** que presenta la muestra mediante la revisión de historias diagnósticas a través de la información recogida en el CRIM-M, y a través del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI), el cual nos facilita información relacionada con tres tipos de escalas (rasgos de personalidad, síndromes clínicos y preocupaciones expresadas).
4. Explorar la **relación** entre el nivel de **riesgo de reincidencia** y las necesidades de salud mental/variables psicopatológicas, en función de las siguientes comparaciones de grupo: Reincidentes vs No Reincidentes; Delito violento vs No violento; Internamiento vs Medio abierto.
5. Explorar la relación entre el nivel de riesgo de reincidencia y el historial judicial, necesidades de salud mental y los tres tipos de escalas del MACI.
6. Explorar el valor predictivo de las variables relacionadas con el historial judicial, necesidades de salud mental y psicopatología (MACI), con respecto al riesgo de reincidencia.

A partir de estos objetivos, se plantean las siguientes **hipótesis con respecto a los objetivos 4, 5 y 6**:

- 1) Aquellos menores que presentan un historial de **reincidencia delictiva** reflejarán mayores **necesidades de salud mental** detectadas en su historia clínica, así como puntuaciones elevadas tanto en rasgos de personalidad desadaptativos (Rebelde, Egocéntrico, Oposicionista), síndromes clínicos (Inclinación al abuso de sustancias, Predisposición a la delincuencia y

Propensión a la impulsividad), y en Preocupaciones Expresadas (Insensibilidad Social, Discordancia Familiar), tal como se indica en la literatura científica.

- 2) Se encontrarán diferencias significativas entre el grupo de **reincidentes** versus no reincidentes en la medida de riesgo de reincidencia IGI-J, en todas sus escalas, mostrando que esta prueba es capaz de discriminar entre reincidentes y no reincidentes adecuadamente.
- 3) Se espera que aquellos adolescentes que cuenten en su historial delictivo con **delitos violentos** presenten una mayor frecuencia de problemas relacionados con necesidades de salud mental y mayor gravedad en las características psicopatológicas que aquellos que hayan cometido delitos no violentos.
- 4) Se espera que aquellos adolescentes que se encuentren cumpliendo una medida de **internamiento** presenten también mayor frecuencia de problemas relacionados con necesidades de salud mental y mayor gravedad en las características psicopatológicas que aquellos que hayan cometido delitos no violentos.
- 5) Se encontrarán relaciones significativas entre el nivel de riesgo de reincidencia global y el historial judicial, las necesidades de salud mental y aquellas escalas psicopatológicas del MACI que la literatura recoge: rasgos de personalidad desadaptativos (Rebelde, Egocéntrico, Oposicionista), síndromes clínicos (Inclinación al abuso de sustancias, Predisposición a la delincuencia y Propensión a la impulsividad), y en Preocupaciones Expresadas (Insensibilidad Social, Discordancia Familiar).
- 6) Se encontrará que las variables relacionadas con el historial judicial, las necesidades de salud mental y las escalas psicopatológicas del MACI que la literatura recoge [rasgos de personalidad desadaptativos (Rebelde, Egocéntrico, Oposicionista), síndromes clínicos (Inclinación al abuso de sustancias, Predisposición a la delincuencia y Propensión a la impulsividad), y en Preocupaciones Expresadas (Insensibilidad Social, Discordancia Familiar)], tendrán un valor predictivo del riesgo de reincidencia global.

## 2. MÉTODO

### 2.1.Participantes

Los datos de este estudio de investigación se han recogido de una muestra integrada por 151 menores que se encuentran ejecutando una medida judicial impuestas por Juzgados de Menores de la provincia de Valencia, en aplicación de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores.

Del total de los 151 menores que componen la muestra, 84 (un 55,6%) se encontraban ejecutando una medida de internamiento en el Centro de Reeducción de Menores “Pi Gros” de Castellón, y los 67 menores restantes (un 44,4%), una medida de libertad vigilada dentro del recurso de Medidas Judiciales de Medio Abierto de Menores de Castellón. Estos recursos pertenecen a la Dirección Territorial de Justicia y Administraciones Públicas, siendo ambos gestionado por Fundación Diagrama: Intervención Psicosocial, mediante convenio con dicha entidad pública.

Del total de 67 menores que estaban ejecutando una medida de libertad vigilada, todos procedían del Juzgado de Menores Número Uno de Castellón. De los 84 menores que estaban cumpliendo una medida de internamiento, 50 procedían del Juzgado de Menores de Castellón, 22 de Juzgados de Menores de Valencia y los 12 restantes de Juzgados de Menores de Alicante.

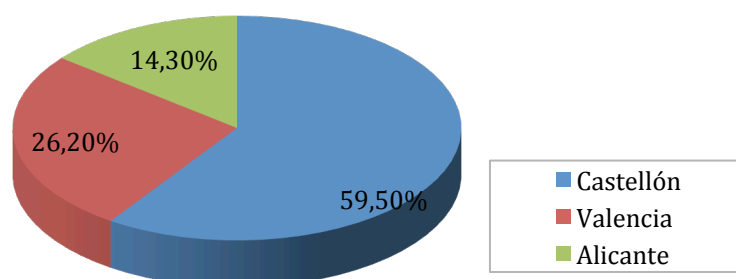


Figura 4. Juzgados de procedencia de los menores con medidas de internamiento de la muestra

El rango de edad de la muestra de 151 sujetos estaba comprendido entre 14 y 21 años, con una media de edad de 17,00 años (D.T. =1,376). De los cuales 127 son

hombres (84,1%) y 24 son mujeres (15,9%). En la figura 5 podemos ver la distribución en porcentajes de la muestra en función del rango de edad.

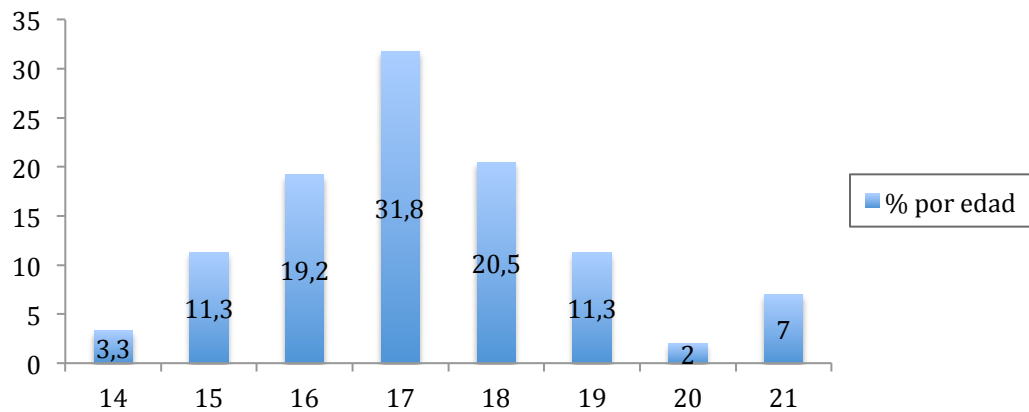


Figura 5. Distribución de la muestra en función de la edad

En cuanto a las nacionalidades que presentan los sujetos de la muestra, existe una mayor representación de jóvenes de nacionalidad española. En concreto el 77,5% tenían esta nacionalidad, frente al 22,5% que eran extranjeros (figura 6).

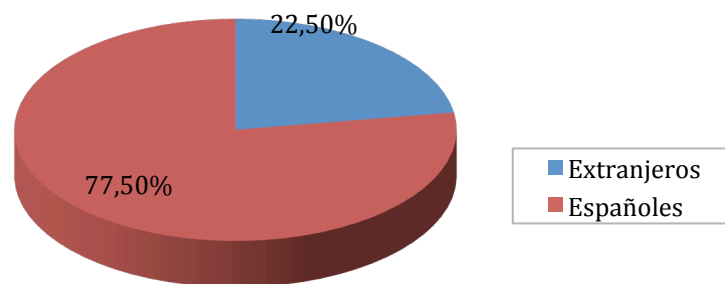


Figura 6. Nacionalidades de la muestra

De los 34 sujetos de nacionalidad extranjera, estos proceden de diversos países de Sudamérica (35,5%), del este de Europa (35,5%) y de Marruecos (29%) (figura 7).

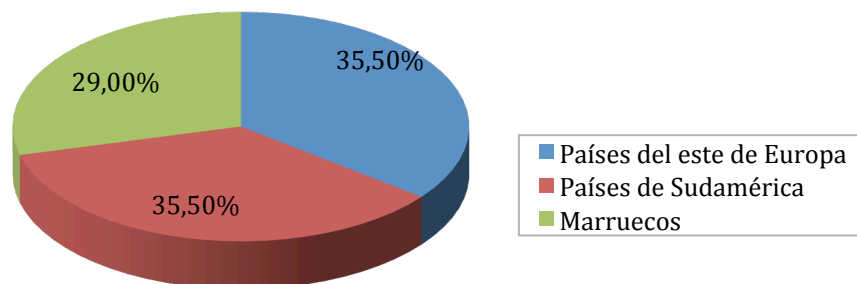


Figura 7. Nacionalidades de los menores extranjeros



En cuanto a las características socio-familiares, un dato de interés recogido es el que hace referencia al parentesco, o personas con las que el menor/joven compartía la casa donde vive o vivía antes de iniciar la medida judicial. En este sentido, la opción más frecuente es la de los menores que viven con sus padres o familia nuclear, seguido de las familias de tipo monoparental materna y como tercera opción las denominadas reconstituidas maternas. En la figura 8 se recoge la distribución en porcentajes de todos los tipos de unidades de convivencia presentes en esta muestra.

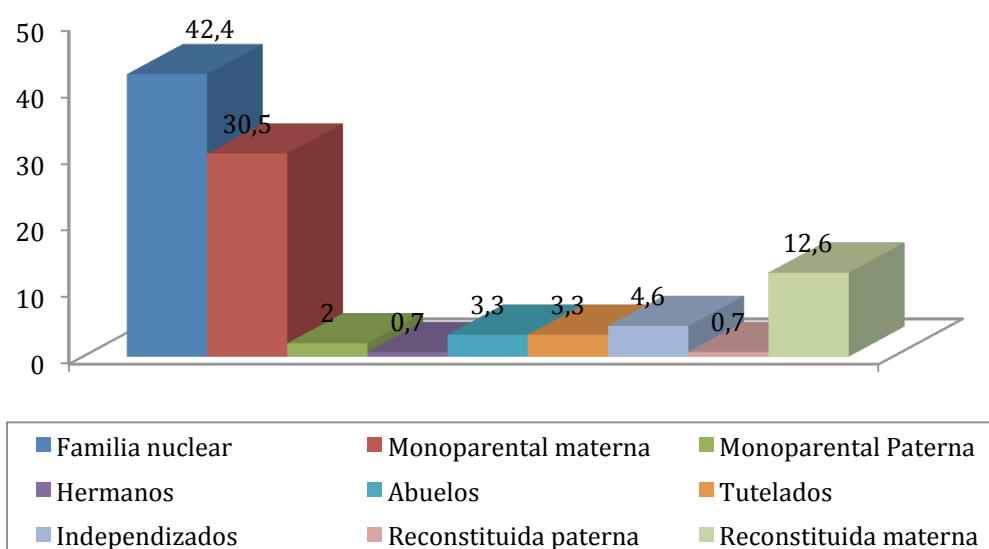


Figura 8. Tipos de unidad de convivencia donde reside el menor antes del inicio de la ejecución de la medida judicial.

Otro de los datos recogidos en este ámbito es el que hace referencia al tipo de actividad económica existente dentro de dicha unidad de convivencia de la que proceden los menores. Para ello, y a la hora de tipificar la información recogida en el CRIM-M (ver figura 9), se ha considerado que en aquellas unidades de convivencia donde el menor resida con ambos padres, únicamente se ha tomado de referencia la de aquel progenitor con mejor situación, a nivel de actividad laboral, dentro de la unidad (ej. menor procedente de familia nuclear con madre trabajadora fija y padre parado sin subsidio, dicha situación se ha tipificado como “trabajador fijo”). Dentro de la categoría “Otros” se recogen aquellos menores que se encuentran tutelados y sin familiares de referencia, o bien independizados que no realizan ningún tipo de actividad formativo/laboral, así como aquellos casos que desconocemos su situación.

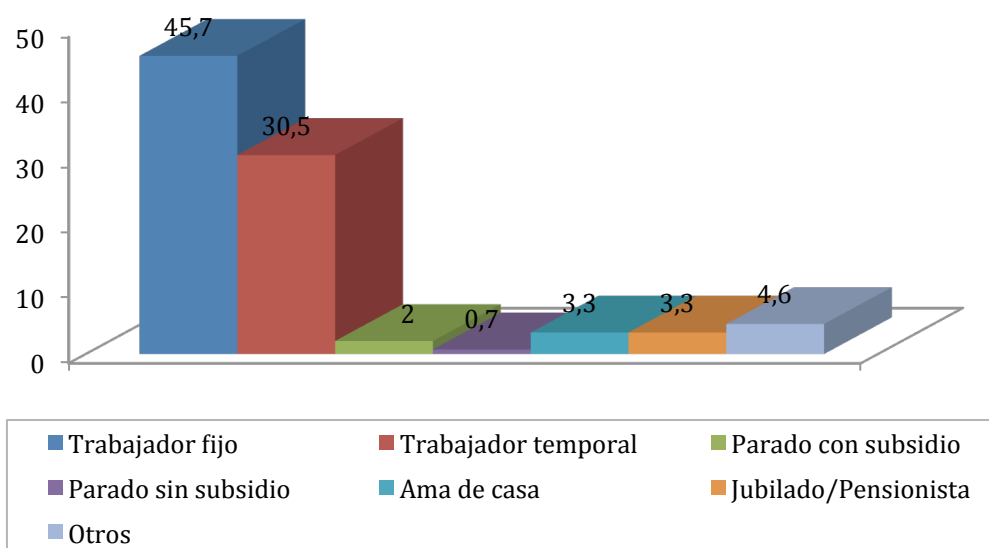


Figura 9. Tipos de actividad económica

En cuanto al nivel de estudios o nivel de instrucción de los progenitores, resulta de interés apreciar como más de la mitad de los menores proceden de familias donde sus progenitores no cuenta con una educación básica (54,3%), siendo la siguiente opción formativa más frecuente los estudios básicos, con poco más del 33%. Del total de 151 menores, solo 19 familias presentaban entre sus progenitores un nivel formativo mayor, como se aprecia en la figura 10.

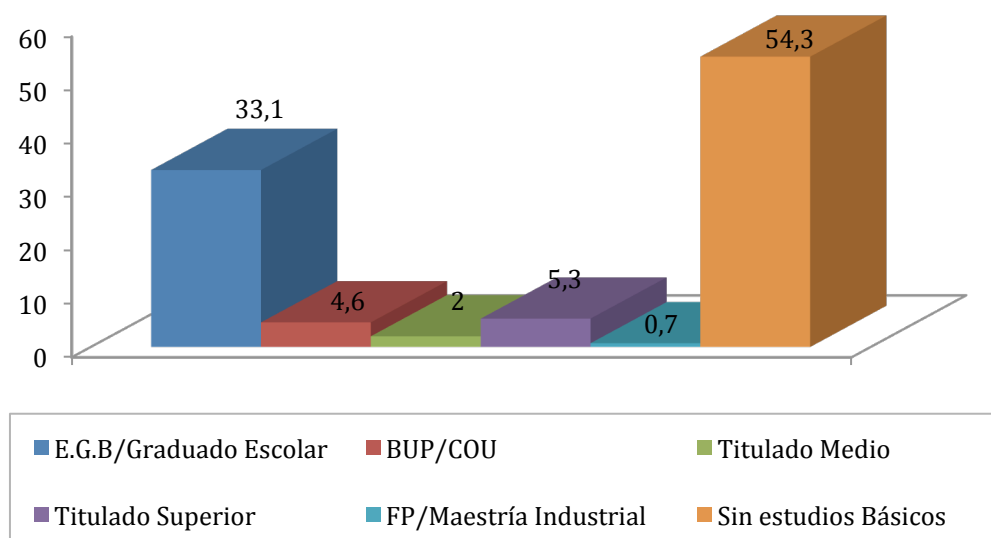


Figura 10. Nivel de estudios/instrucción de los progenitores.

El último aspecto socio-familiar hace referencia a la existencia dentro de la unidad de convivencia del menor de algún tipo de problemática asociada en alguno de sus miembros. El mayor porcentaje pertenece a la categoría de “no constan problemas” con un porcentaje de 35,8%, referido a aquellos casos en los que se desconoce la existencia de problemáticas asociadas. La segunda opción más frecuente corresponde a la categoría “sin problema asociados” detectados.

Tras estas dos primeras categorías que comprenden el 55,7% de la muestra, el 44,3% de la muestra sí que presentan problemáticas diversas asociadas a drogas, delincuencia, malos tratos, así como enfermedades físicas y mentales. De todas estas, las más frecuentes se asocian a la enfermedad mental diagnosticada y la existencia de malos tratos en el domicilio. En relación a estos malos tratos, presentes en 28 sujetos de la muestra, referir que se engloban tanto los de tipo filioparental como los de violencia de género. A continuación mostramos en la Figura 11 como se distribuye esta variable en la muestra.

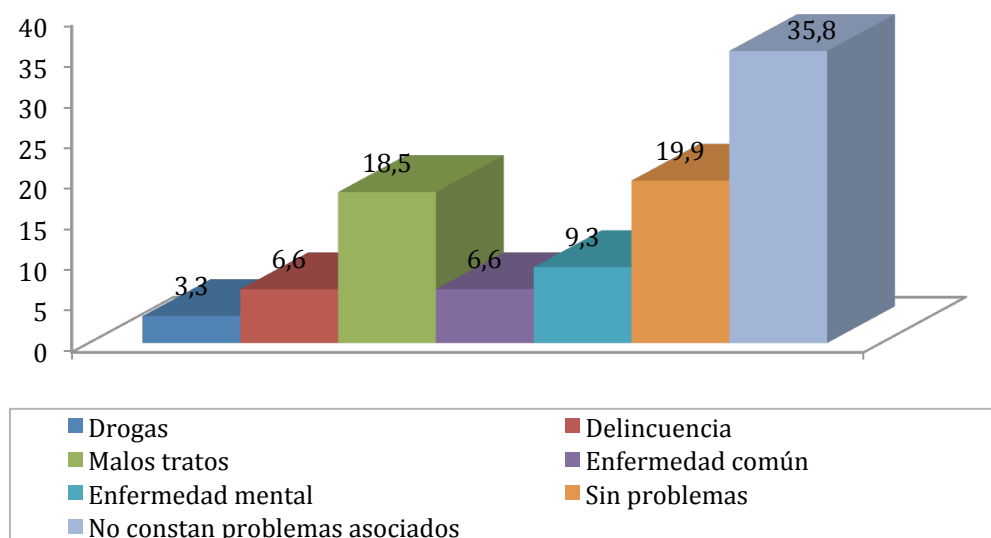


Figura 11. Problemáticas asociadas.

Por otro lado, dentro del apartado de datos técnicos y administrativos del CRIM-M, se recoge información relevante de la historia del menor, como si tiene o ha tenido expediente dentro de protección de menores (tutelado, guarda, etc.), así como en el servicio de familia, p.ej., SEAFI (Servicio especializado de atención a familia e infancia), recursos de acceso mediante los centros municipales de servicios sociales.

En nuestra muestra, como podemos observar en las figuras 12 y 13, algo más de un 20% de la muestra (32 menores) han tenido o tienen abierto expediente de protección en la Conselleria de Bienestar Social, siendo aún más alto el porcentaje de menores con expediente en el servicio de familia con 54 menores de nuestra muestra, que se corresponde con el 36% del total.

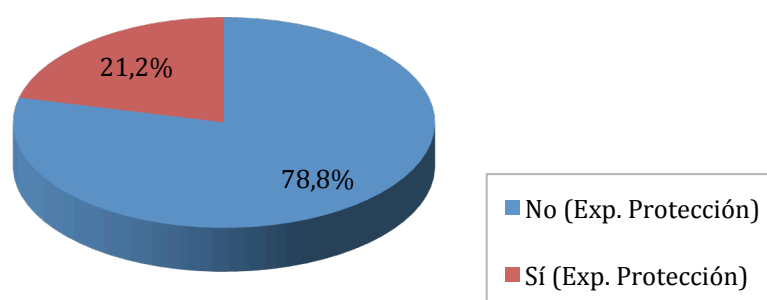


Figura 12. Expedientes en Servicios de Protección y tutela

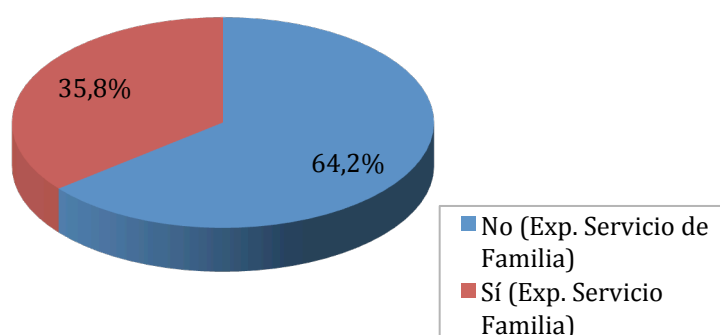


Figura 13. Expedientes en el Servicio de Familia.

En cuanto al ámbito formativo/laboral, evaluado a través del CRIM-M, los aspectos explorados hacen referencia al hecho de si los menores en el momento de iniciar la actual medida judicial se encontraban escolarizados o inscritos en algún recurso formativo. En la muestra se aprecia que aproximadamente la mitad de los menores sí que se encontraban integrados en algún recurso escolar o formativo, frente a la otra mitad que presentaba una situación de completa desvinculación de estos ámbitos.

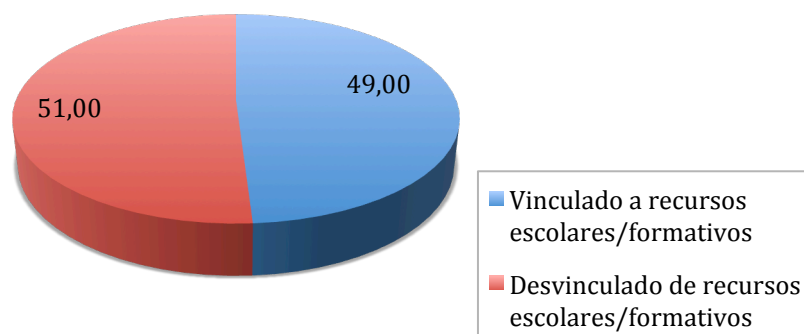


Figura 14. Distribución de la muestra en la variable vinculación a recursos escolares o formativos previamente al inicio de la medida judicial.

Profundizando más en el ámbito escolar, también se dispone de información relacionada con el nivel de rendimiento en sus trayectorias formativas, a través de la valoración de aspectos la repetición de cursos. En este sentido, del total de menores que componen la muestra, el 86,1% (130 menores), habían repetido al menos un curso (ve figura (15)).

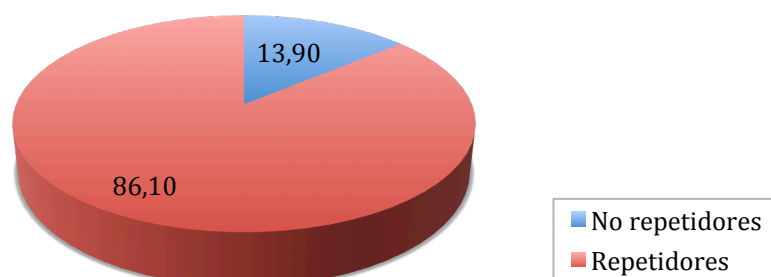


Figura 15. Distribución de la muestra en la variable repetir cursos escolares.

Por último, en cuanto al ámbito laboral, y dada cuenta de que el rango de edad en la muestra refleja que el 40,8% de los sujetos que la componen son mayores de 18 años, se decidió recoger también el dato de cuántos menores/jóvenes se encontraban trabajando durante la ejecución de medida (ver figura 16), obteniendo que del total de menores solo desarrollaban actividad laboral 11 jóvenes.

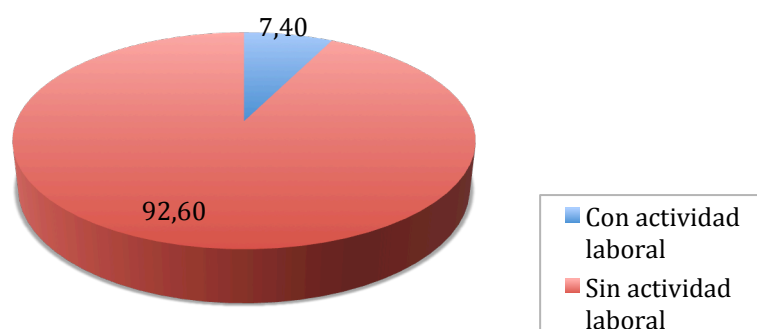


Figura 16. Porcentaje de la muestra de menores que trabajaban durante el cumplimiento de la medida judicial.

## 2.2. Instrumentos

Para recoger la información de la muestra se emplearon tres instrumentos que se adjuntan en los Anexos I, II y III, sus características se explican a continuación:

### ❖ Cuadernillo de Recogida de Información del Menor-Modificado (CRIM-M).

Se llevó a cabo una adaptación del Cuadernillo de Recogida de Información del Menor (CRIM) de Garrido et. al., 2006, a efectos de adaptarlo al tipo de información que requeríamos para los objetivos de la investigación (ver Anexo II). Esta adaptación no incorpora, respecto del instrumento original, aquellos datos de tipo social relacionados con el hábitat, ni los relacionados con el consumo de sustancias. Los primeros por no estar estrictamente relacionados con nuestros objetivos de investigación, los segundos (sustancias), por considerarlo incluido dentro de uno de los apartados del IGI-J, instrumento que describiremos a continuación.

La información para cumplimentar este cuadernillo en cada menor procede de distintas fuentes empleadas: entrevistas con los menores, familiares, técnicos, informes y recursos previos (equipos técnicos de los juzgados de menores, técnicos de medio abierto, centros de protección, Servicios municipales de ayuda a la familia e infancia, centros escolares, profesionales del área médica y de salud mental).

A través del CRIM-M se ha recogido de cada menor información relacionada con los siguientes aspectos:

- Información del tipo de recurso:
  - Procedencia del menor: se encuentra ejecutando una medida de internamiento (Centro de Reeducción de menores “Pi Gros” de Castellón), o en medio abierto (Dispositivo de ejecución de medidas en Medio abierto de Castellón).
  - Código del menor dentro de la muestra.
- Información Social:
  - Datos de identificación: sexo, fecha de nacimiento y nacionalidad.
  - Características socio-familiares: en este apartado se recoge información de aquellas personas con las que el menor/joven comparte la casa donde vivía antes de dar inicio a la ejecución de la actual medida judicial (parentesco, datos relacionados con la actividad económica, ocupación, nivel de instrucción, estado civil y problemática asociada).
- Datos técnicos/administrativos:
  - Si el menor dispone en la actualidad o en el pasado de expediente en el Servicio de Protección y Tutela.
  - Si tiene o ha tenido expediente en el Servicio de Familia. (Seafi, Servicio Especializado de Ayuda a la familia e infancia).
  - Información Judicial: tipo de delito actual y medida impuesta, número de delitos previos y medidas judiciales asociadas, número de delitos violentos en su historial, número de delitos no violentos en su historial judicial, número total de expedientes (delitos) que presenta el menor en su historial y número de internamientos previos en un centro de reeducación de menores. Los datos judiciales proceden de la base de datos “Menor-J”, y han sido facilitados por el equipo técnico del Juzgado de Menores de Castellón y por personal técnico de la Dirección Territorial de Justicia y Bienestar Social.

- Información escolar/Ocupacional
  - Datos escolares: entre los datos escolares nos interesa saber si el menor estaba escolarizado en el momento del inicio de la actual medida de judicial, y si ha repetido curso alguna vez.
  - Entre los datos laborales/formativos (mayores de 16 años), consultamos si asiste a algún módulo formativo y se encuentra trabajando durante el cumplimiento de la medida judicial.
- Información relativa a la historia diagnóstica:
  - En este apartado del CRIM-M, recogemos datos relativos a la historia clínica del menor: si consta en el expediente algún informe diagnóstico, la procedencia de este, si no constando informe diagnóstico se detecta tras iniciar cumplimiento de medida judicial necesidades de salud mental que motiven derivación, a qué recurso se deriva, categoría diagnóstica asociada de las necesidades de salud mental presentes en el menor/joven, así como si recibe por ello tratamiento, o si lo recibió en el pasado.

**❖ Inventario de Gestión e Intervención para Jóvenes (IGI-J) de Garrido et. al., (2004).**

Este instrumento es una adaptación realizada por López, Silva y Garrido (ver Garrido et al., 2006) del inventario Youth Level Service of Case Management Inventory (YLS/CMI), de Hoge y Andrews (2003).

Este Inventario responde a las necesidad existente dentro del sistema de justicia juvenil de mejorar la fiabilidad y validez de las evaluaciones que se realizan a los menores. La optimización de los procesos de evaluación mediante el empleo de instrumentos estandarizados también redunda en una mejora de los procesos de toma de decisiones (orientaciones de medidas y necesidades específicas de intervenciones en función de las necesidades criminógenas detectadas).

Se trata de una herramienta que, junto a las funciones de identificación de factores de riesgo y predicción del nivel de riesgo de reincidencia delictiva, también nos



facilita gestionar el caso, diseñando planes de intervención específicos en función de los resultados de la evaluación, así como efectuar un seguimiento donde poder evaluar de nuevo los progresos de las intervenciones, y consecuentemente, el éxito de las mismas, que en este caso consiste en reducir el riesgo de reincidencia.

El IGI-J se ha desarrollado para ser utilizado por aquellos profesionales del sistema de justicia juvenil (educadores, psicólogos, trabajadores sociales), que entre sus tareas necesitan evaluar factores de riesgo y protección en los que fundamentar el diseño de sus intervenciones.

La valoración de los factores de riesgo recogidos en el IGI-j consiste en un proceso de heteroevaluación, en el que el evaluador se sirve de diversas fuentes de información a la hora de valorar los distintos ítems (entrevista con el menor, padres, vaciado de expediente, test, informes técnicos de juzgados, informes de policía, de centros de protección de menores, Dirección territorial de bienestar social, centros escolares de referencia, información sanitaria, etc.). De este modo, cuantas más fuentes de información se disponga en la valoración de un caso, mayor fiabilidad y validez tendrán las predicciones y las propuestas de intervención concretas.

El IGI-J se compone de siete apartados, ya descritos en el marco teórico. No obstante, para los objetivos de nuestra investigación, la predicción del riesgo de reincidencia, solo hemos utilizado los datos de los dos primeros apartados, donde se evalúan 42 ítems que representan factores de riesgo de reincidencia delictiva, agrupados en 8 factores o áreas:

1. Delitos y medidas judiciales pasadas y actuales.
2. Pautas educativas.
3. Educación formal y empleo.
4. Relación con el grupo de iguales.
5. Consumo de sustancias
6. Ocio/diversión.
7. Personalidad/conducta
8. Actitudes, valores y creencias.

En el apartado I, el número de ítems dentro de cada factor oscila entre tres y siete. El evaluador determina con la información disponible los ítems que se encuentran presentes. También identifica la presencia de factores de protección, estos se consideran cuando dentro de un área el menor no tiene ningún aspecto de riesgo presente (excepto en la primera área de delitos y medidas, donde la ausencia de ítems marcados no se considera factor protector).

En el apartado II se procede a la suma de todos los ítems, tanto dentro de cada una de las 8 áreas, así como la suma total de estas. De este modo se obtiene a nivel cuantitativo, diversas franjas de riesgo en las que los menores pueden ser clasificados en función de los factores de riesgo detectados. Los puntos de corte para ser clasificado en cada una de estas bandas de riesgo son los siguientes: nivel de riesgo Bajo (0-8 puntos), Moderado (9-22 puntos), Alto (23-32) y Muy Alto (33-42 puntos).

**❖ Inventario Clínico de Personalidad de Millon, (MACI, Theodore Millon, 1993). Versión y Adaptación en población española de Aguirre Llagostera G. (2004)**

El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) es un instrumento de evaluación orientado al estudio sistemático de la personalidad adolescente y sus trastornos. Basado en el modelo de personalidad de Millon (1969/1983) permite integrar la observación sistemática de las características de personalidad y de sus trastornos, así como detectar la presencia de síndromes clínicos relevantes en contextos clínicos, en instituciones residenciales o en reformatorios. Posibilitando además una evaluación de aquellas preocupaciones evolutivamente normales que, por exceso o defecto, pueden agregar matices de comorbilidad. Por todo ello, resulta una herramienta de utilidad para la evaluación de adolescentes con problemas y puede ser utilizado para la elaboración de diagnósticos y planes de tratamiento y también para la valoración de los resultados.

Se trata de un inventario de autoinforme compuesto por 160 ítems, con formato de respuesta verdadero o falso que puede ser cumplimentado en aproximadamente 30-45 minutos. El nivel de comprensión de los ítems se adapta a un nivel escolar correspondiente a los 12 ó 13 años.

Respecto a las propiedades psicométricas de la adaptación a población española del MACI, la fiabilidad de las escalas oscila entre un coeficiente de Cronbach de 0,63 y 0,64 en las escalas D e Y (Incomodidad respecto al sexo y Deseabilidad) hasta un 0,92 en la Escala 8B (Prototipo Autopunitivo) (TEA Ediciones, 2004).

Cada escala del MACI da como resultado una puntuación denominada Tasa Base (TB), la cual resulta de la transformación de las puntuaciones directas mediante un procedimiento de interpolación lineal. De este modo, las puntuaciones de TB permiten efectuar interpretaciones a partir de la elevación de la escala y de la configuración de las puntuaciones en términos de tasas de prevalencia en la población. El rango de las puntuaciones de TB esta comprendido entre 1 y 115, de tal modo que cuanto mayor sea la magnitud de la puntuación TB en una escala mayor será la probabilidad de que el adolescente posea la característica clínica o de personalidad medida por la escala. Las líneas de corte para las TB de 75 y 85 sirven para identificar la “presencia” y la “prominencia”. De este modo las puntuaciones de TB contenidas entre el rango 75-84, sugieren la presencia de niveles moderados de la característica descrita por la escala, y aquellas comprendidas entre 85-115, indican que existe una probabilidad elevada de manifestar claramente las características referidas por la escala (rasgos prototípicos de personalidad o síndrome clínico).

La estructura de la prueba y la descripción de las escalas es la siguiente:

- a) 4 índices modificadores: Fiabilidad (W), Transparencia (X), Deseabilidad (Y) y Alteración (Z).
- b) Doce escalas de **Prototipos de Personalidad**:
  - **Introvertido (1).**- Los que puntúan alto suelen ser reservados, mostrándose tranquilos y poco emotivos. Suelen ser apáticos, indiferentes, distantes y poco sociables. No evitan a las otras personas sino que sencillamente sienten indiferencia con respecto a verse rodeados de gente. Su personalidad es semejante a la personalidad esquizoide del DSM-IV.

- **Inhibido (2A).**- Los que puntúan alto tienen tendencia a ser bastante vergonzosos o a sentirse incómodos en las relaciones con los otros. A pesar de que a menudo se sienten solos, evitan la intimidad por temor al rechazo.
- **Pesimista (2B).**- Puntuaciones altas suelen indicar sentimientos de abatimiento y desánimo. Perspectiva vital pesimista, ven el futuro como algo amenazador y triste. Tendencia de desarrollar sentimientos de culpa y remordimientos. Semejante al tipo de personalidad depresiva del DSM-IV.
- **Sumiso (3).**- Los que puntúan alto suelen ser bondadosos, sentimentales y amables en sus relaciones con los demás. Extremadamente renuentes a imponerse, evitan tomar la iniciativa. No solo tienden a ser bastante dependientes sino que muestran un comportamiento subyugado y temor a la separación. Equivalente a la personalidad dependiente del DSM-IV.
- **Histriónico (4).**- Los que puntúan alto suelen ser habladores, con encanto social y frecuentemente exhibicionistas o emocionalmente expresivos. Tendencia a mantener relaciones intensas pero breves con los demás. Buscadores de experiencias interesantes y nuevas formas de excitación. Frecuentemente les aburre la rutina. Equivalente al trastorno histriónico de la personalidad del DSM-IV.
- **Egocéntrico (5).**- Los que puntúan alto suelen estar bastante seguros de sus capacidades, frecuentemente percibidos por los demás como centrados en sí mismos y narcisistas. No suelen valorar a los demás y a menudo son arrogantes y explotadores, sin preocuparse de las necesidades de los otros. Equivalente al trastorno narcisista de la personalidad del DSM-IV.
- **Rebelde (6A).**- Los que puntúan alto suelen actuar de forma antisocial, frecuentemente se resisten a los esfuerzos que se hacen

para que se comporten de acuerdo a las normas socialmente aceptadas. Pueden exhibir una actitud marcadamente rebelde que puede llevarlos a tener conflictos con los padres, la escuela o las autoridades legales. Equivalente al trastorno de personalidad antisocial del DSM-IV.

- **Rudo (6B).**- Los que puntúan alto son sujetos duros y obstinados que tienden a dominar y a abusar de los otros. Frecuentemente cuestionan los derechos de los demás y prefieren asumir el control en la mayoría de situaciones. Semejante al trastorno sádico del DSM.
- **Conformista (7).**- Los que puntúan alto son eficientes, respetuosos y conscientes de las normas. Suelen contener las emociones y son muy controlados y tensos. Tendencia al orden y planificación. Equivalente al trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad del DSM-IV.
- **Oposicionista (8A).**- Los que puntúan alto suelen mostrarse descontentos y hoscos. Frecuentemente se comportan de forma imprevista. Pueden ser extrovertidos y agradables en un momento y hostiles e irritables a continuación. Sentimientos de confusión e incapaces de controlar el humor. Equivalente a la personalidad negativista del DSM-IV.
- **Autopunitivo (8B).**- Los que puntúan alto en esta escala actúan de forma lesiva para ellos mismos, dando la sensación de que están contentos de sufrir. Socavan los esfuerzos que los otros hacen por ayudarles.
- **Tendencia Límite (9).**- Los que puntúan alto muestran habitualmente graves trastornos de personalidad, desarrollando variantes más patológicas de los rasgos y características de personalidad precedentes. Importante inestabilidad afectiva, relaciones personales erráticas, hostilidad impulsiva, temor al abandono y acciones autodestructivas.

c) Ocho escalas de **Preocupaciones Expresadas**: Las ocho escalas que lo componen se centran en los sentimientos y actitudes acerca de cuestiones que tienden a preocupar a la mayoría de adolescentes con problemas. La intensidad con que se experimentan queda reflejada en la elevación de las puntuaciones de cada escala. Hay que destacar que estas escalas representan percepciones más que criterios o comportamientos objetivamente observables.

- **Difusión de la identidad (A).**- Los que puntúan alto suelen sentirse confusos acerca de quiénes son y de lo que quieren. Parecen descentrados en cuanto a sus metas futuras y valores.
- **Desvalorización de sí mismo (B).**- Los que puntúan alto en esta escala pueden tener conciencia de quiénes son, pero se hallan muy insatisfechos con esa imagen de sí mismos. Sentimientos de baja autoestima.
- **Desagrado por propio cuerpo (C).**- Puntuaciones altas suelen indicar descontento con las deficiencias o desviaciones que perciben en la maduración o morfología de sus cuerpos.
- **Incomodidad respecto al sexo (D).**- Los pensamientos y sentimientos referidos a la sexualidad son experimentados como algo que confunde o desagrada. Se hallan inquietos por sus impulsos y con frecuencia temen la expresión de su sexualidad.
- **Inseguridad con los iguales (E).**- Los adolescentes que puntúan alto en esta escala refieren consternación y tristeza por ser rechazados por sus compañeros. Queriendo su aprobación, pero incapaces de obtenerla, pueden manifestar tendencia al aislamiento.
- **Insensibilidad social (F).**- Los adolescentes que puntúan alto en esta escala es probable que sean fríos e indiferentes con relación al bienestar de otros. Queriendo anular los derechos de los demás para

lograr sus propias metas, carecen de empatía y muestran escaso interés por construir vínculos personales cálidos o afectuosos.

- **Discordancia Familiar (G).**- Los que puntúan alto refieren que sus familias son fuente de tensión y conflicto. Pocos elementos de apoyo y sentimiento general de distanciamiento de los padres. Dependiendo de la personalidad, estas dificultades pueden reflejar tanto rechazo parental como, por el contrario, la rebelión del adolescente.
- **Abusos en la infancia (H).**- Los adolescentes que puntúan alto en esta escala expresan vergüenza o disgusto por haber estado sometido a abusos verbales, físicos o sexuales por parte de sus padres, hermanos, otros parientes o amigos de la familia.

d) Siete escalas de **Síndromes Clínicos**: Cada una de las cuales se relaciona con trastornos que se manifiestan bajo formas relativamente específicas, es decir, la sintomatología se agrupará en síndromes clínicos claros y definidos. Estos síndromes toman sentido y significación principalmente dentro del contexto de la personalidad del adolescente, debiendo ser evaluados con referencia a este patrón.

- **Trastornos de la alimentación (AA).**- Los adolescentes que puntúan alto en esta escala muestran una tendencia a la anorexia y a la bulimia nerviosa.
- **Inclinación al abuso de sustancias (BB).**- Los que puntúan alto muestran un patrón inadecuado de abuso de alcohol o de drogas que les ha llevado a un deterioro significativo de su rendimiento o comportamiento. Emplean gran cantidad de tiempo en obtener estas sustancias, se comportan de forma socialmente inaceptable y mantienen el consumo pese a conocer sus efectos perjudiciales.
- **Predisposición a la delincuencia (CC).**- Los que puntúan alto muestran un comportamiento que les ha llevado, o que es probable que les lleve, a situaciones en las que se violan los derechos de los

otros. Ruptura de normas sociales que incluyen la amenazas a otros, el uso de armas, practicar el engaño o mentira persistentemente, robar y otras conductas antisociales.

- **Propensión a la impulsividad (DD).**- Los que puntúan alto presentan cierta inclinación a poner en acto sus sentimientos a partir de una provocación mínima. Tienen un pobre control de sus impulsos sexuales y agresivos. Fácilmente excitables por cuestiones menores, descargan sus ansias de forma repentina, impetuosa y frecuentemente temeraria.
- **Sentimientos de ansiedad (EE).**- Los adolescentes que puntúan alto en esta escala tienen una sensación de aprensión hacia una diversidad de temas que le mantienen inquietos y nerviosos. Expectativas negativas acerca respecto a los acontecimientos futuros.
- **Afecto depresivo (FF).**- Los adolescentes que puntúan alto muestran un nivel de actividad disminuido, claramente diferente al mostrado en el pasado. Disminución de la eficacia, sentimientos de culpa y fatiga, tendencia a mostrarse desesperanzados respecto al futuro, aislamiento social.
- **Tendencia suicida (GG).**- Los que puntúan alto admiten la presencia de ideación y planes suicidas. Expresan sentimientos de falta de valor, falta de objetivos y la sensación de que los otros estarían mejor sin ellos.



### 2.3.Procedimiento

La información documental de los menores integrados dentro del sistema judicial se encuentra sujeta al principio de confidencialidad y oportuna reserva en virtud de lo establecido en el artículo 56.2.c) de la L.O. 5/2000, de 12 de enero, y en los artículos 6.i) y 12.3.b) del Reglamento de ejecución de dicha ley aprobado por R.D. 1774/2004, siéndole igualmente de aplicación lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal y sus normas de desarrollo. Por este motivo, para el desarrollo de esta investigación ha sido necesario contar con la previa autorización de la Subdirección General de Servicios Sociales y Menor de la Generalitat Valenciana (Conselleria de Bienestar Social), así como de la Fundación Diagrama, entidad que gestiona la ejecución de las medidas de internamiento en el Centro de Reeducción de menores “Pi Gros” de Castellón, así como el recurso de ejecución de medidas de medio abierto en Castellón.

La obtención de estas autorizaciones ha permitido el acceso a la información que contienen los expedientes personales de los menores, así como a la posibilidad de que profesionales de este ámbito hayan colaborado en la recogida de datos.

Entre estos profesionales, destacar la ayuda proporcionada por el equipo técnico del Juzgado de Menores de Castellón, facilitándonos toda la información judicial de los 50 menores de Castellón que estaban cumpliendo una medida de internamiento, así como los técnicos de la Sección de Medidas Judiciales de la Dirección Territorial de Bienestar Social, facilitándonos los datos de la historias judiciales necesarios para cumplimentar el CRIM-M, de aquellos menores procedentes de Juzgados de Menores de Valencia y Alicante.

La cumplimentación de los instrumentos de evaluación (CRIM-M, IGI-J y MACI), de los menores con medidas de internamiento y los pertenecientes a medio abierto, ha sido realizada respectivamente por el equipo técnico del Centro de Reeducción de Menores “Pi Gros”, así como por el conjunto de técnicos de Medio Abierto de Castellón. Estos últimos también se han encargado de recoger la información judicial de los menores de la muestra con medidas de medio abierto.

Todos los profesionales implicados en la recogida de datos de un modo directo, equipo técnico del centro de reeducación y técnicos de medio abierto, se encontraban familiarizados con las principales herramientas de evaluación de esta investigación (IGI-J y MACI), ya que son los instrumentos que emplean en sus tareas habituales de evaluación, diseño de objetivos de intervención y medición del riesgo de reincidencia. En cuanto al CRIM-M su empleo no reviste ninguna dificultad pues se trata de un documento útil en el que volcar los distintos tipos de información de cada expediente (judicial, sociofamiliar, escolar, formativa, laboral e historia diagnóstica), se han modificados algunos apartados respecto a la versión original de este instrumento a fin de acotar los apartados a las áreas de interés en que se centra esta investigación.

Particularmente en relación al IGI-J (*Inventario de Gestión e Intervención en Jóvenes*) adaptación de Garrido et. al., (2004), del *Youth level of service / Case management Inventory* (YLS/CMI), de Hoge, Andrews y Leschied (2002), se trata de la escala de predicción del riesgo de reincidencia de elección que se encuentra presente desde que el menor toma contacto con el sistema de justicia juvenil en Castellón, ya que lo emplea el Equipo Técnico del Juzgado de Menores. A este hecho, hay que sumarle que desde 2014, los recursos que ejecutan medidas judiciales en Castellón de la Fundación Diagrama, han incorporado esta herramienta como elemento central en todo el proceso de evaluación, diseño de la intervención y seguimiento del caso desde que un menor inicia la ejecución de una medida hasta su finalización.

En los casos de menores con medidas de internamiento, se le da continuidad a todo este trabajo a través de la derivación de toda esa documentación al técnico de medio abierto que supervisa y prosigue la intervención asociada a los factores de riesgo trabajados durante el internamiento (habitualmente las medias de internamiento comprenden dos periodos, uno de internamiento efectivo y otro de libertad vigilada). Con todo este proceso se persigue llevar a cabo una evaluación continuada de las intervenciones

En cuanto al empleo que de esta herramienta se efectúa en el recurso de Medio Abierto, el IGI-J es empleado en aquellos menores que ejecutan medidas de libertad vigilada, así como en menores cuya medida de libertad vigilada esta asociada a una medida de internamiento previo, y también en aquellos casos donde la medida sea una

PBC (prestaciones beneficio de la comunidad), siempre que en esta medida supere un número de horas tal que permita efectuar seguimientos del caso.

La recogida de la muestra se efectuó a lo largo del segundo semestre de 2014. Durante este periodo de 6 meses, desde el centro de reeducación de menores “Pi Gros” y el recurso de Medidas judiciales de Medio Abierto de Castellón se incluyeron aquellos menores que tras la comisión de un delito, posteriormente habían sido juzgados por un Juzgado de Menores, y en última instancia iniciaban la ejecución de la medida.

Esta muestra procede por tanto de equipos de intervención, siendo la evaluación del IGI-J empleada en esta investigación, la efectuada por dichos equipos por primera vez en el momento que el menor inicia su medida, y no ninguna medida previa de este instrumento que haya podido ser realizada por otra instancia, como por ejemplo , a través del Equipo Técnico del Juzgado de Menores u otro dispositivo de ejecución de medidas en el que el menor haya estado previamente (en caso de reincidencia). Del mismo modo, también el MACI empleado ha sido el que ha acompañado esta primera evaluación tras la ejecución de medida.

Consideramos que se trata de una muestra representativa de la población de menores que ejecutan medidas de internamiento y medio abierto. En el caso de las medidas no privativas de libertad, y como dato que refuerza la representatividad de la muestra analizada, referir que atendiendo a la memoria de actividades de este recurso del año 2014 (enero-diciembre), pese a la diversidad de medidas susceptibles de imponerse, la medida de libertad vigilada fue la opción elegida por los jueces de menores en el 76% de los casos, seguida de las PBC (Prestaciones en beneficio de la comunidad) en un 19,5%, y las TSE (tareas socioeducativas) en un 11,9%.



### **3. RESULTADOS**

A continuación se recogen en este apartado los resultados obtenidos en la muestra de menores en las distintas herramientas de evaluación (CRIM-M, IGI-J y MACI). Respecto al CRIM-M, los resultados recogidos en este punto hacen referencia a toda la información relativa al historial delictivo y datos clínicos, ya que la información recogida de las restantes áreas de este instrumento ha sido expuesta en esta tesis dentro del epígrafe relativo al método, donde se describe a los participantes que integran nuestra muestra de investigación.

Tras el análisis descriptivo de la muestra en las variables estudiadas, nos centraremos en el análisis de las relaciones entre las variables objeto de estudio. En primer lugar, exploraremos la relación entre el nivel de riesgo de reincidencia y las características psicopatológicas y necesidades de salud mental, para ello efectuaremos diversas comparaciones entre grupos, empleando como criterios la reincidencia vs no reincidencia, el tipo de delitos (violento vs no violento), así como el tipo de medida (Internamiento vs Medio abierto).

Posteriormente, analizaremos las relaciones entre la puntuación global del IGI-J, obtenida por los menores de la muestra, y aquellas variables de interés clínico recogidas en el CRIM-M, así como los tres ámbitos valorados por el MACI (rasgos prototípicos de personalidad, Preocupaciones Expresadas y Síndromes Clínicos).

En última instancia, tras el análisis de correlaciones previo, se efectuarán diversos análisis de regresión con el propósito de explorar de entre todas las variables explicativas aquellas que más y mejor expliquen a la variable dependiente, en nuestro caso el nivel de riesgo de reincidencia medido con el IGI-J.

#### **3.1.Descripción de la muestra en las variables objeto de estudio**

##### **3.1.1. CRIM-M**

En este apartado presentamos los resultados de las variables relacionadas con el historial delictivo y datos clínicos de los 151 menores que componen nuestra muestra.

En cuanto a la información de tipo judicial recogida, comenzaremos por la variable “tipo de delito” (ver tabla 8), que hace referencia al delito actual por el que cada uno de los menores de la muestra se encuentran ejecutando una medida judicial. Como se puede ver, el 48,3% de los delitos se encuentran relacionados con diversas variantes de robo (hurtos, robo con fuerza, robo con violencia e intimidación). Los porcentajes más altos se corresponden con robos con fuerza y aquellos que implican violencia e intimidación.

Tipo de delito	Frecuencia	%
Robo	2	1,3
Robo con fuerza	29	19,2
Robo con violencia e intimidación	30	19,9
Homicidio y tentativa	4	2,6
Hurto	12	7,9
Daños	1	,7
Contra la salud publica	3	2,0
Abuso y Agresión sexual	8	5,3
Utilización ilegítima vehículos a motor	1	,7
Agresión	2	1,3
Maltrato Familiar	24	15,9
Violencia de Género	3	2,0
Lesiones	7	4,6
Amenazas	1	,7
Detención ilegal-Secuestro	1	,7
Delitos contra la seguridad del tráfico	3	2,0
Atentado Autoridad (Resistencia y Desobediencia)	3	2,0
Faltas	11	7,3
Otros delitos	6	4,0
<b>N 151</b>		

Tabla 8. Delito actual en la muestra (N=151)

Tras estos delitos, el siguiente más frecuente es el de violencia filioparental, delito que a lo largo de los últimos años se presenta con mayor frecuencia, representando el delito que motiva la medida judicial para 24 menores de los 151.

Menor frecuencia observamos en otros delitos, tales como las faltas, y los delitos que implican violencia, exceptuando los relacionados con robo, tales como las lesiones, abusos y agresiones sexuales, homicidios y tentativas, entre otros

En cuanto a la distribución de las medidas judiciales de los 151 menores (ver figura 17 “Medida actual”), las medidas más frecuentes en la muestra son el internamiento en régimen semiabierto (64 menores) y la libertad vigilada (58 menores), representando ambas al 81,5% de la muestra. En menor proporción dentro de las medidas de internamiento, como es habitual, encontramos el internamiento en régimen cerrado. Por otro lado, correspondiendo al recurso de medio abierto, existe una menor representación de aquellos menores cuya ejecución de medida se corresponde con tareas socioeducativas.

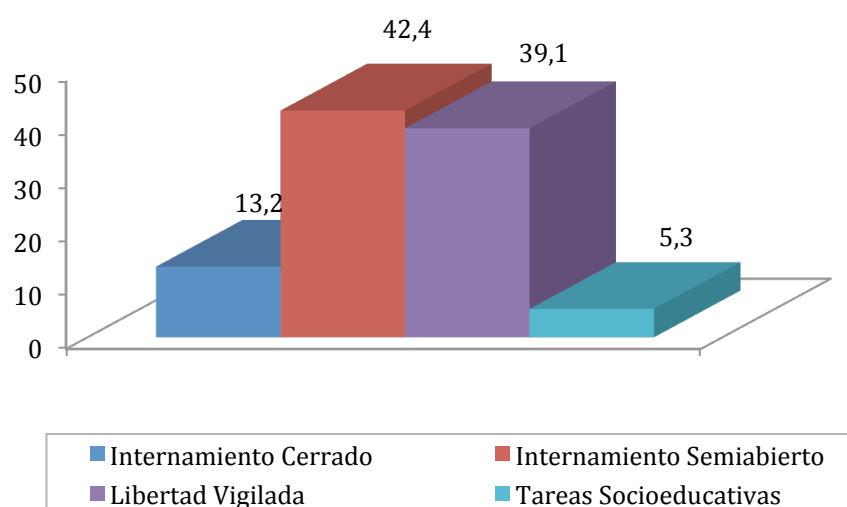


Figura 17. Medida actual en ejecución.

Junto al tipo de delito y medida judicial actual, ya comentados, otra variable recogida en el CRIM-M relevante es la que hace referencia al número total de expedientes judiciales que presenta cada menor. Es decir, el historial delictivo según una fuente oficial, en este caso los distintos Juzgados de Menores de la provincia de Valencia. En la tabla 9 se recoge esta variable “Número total de expedientes judiciales por menor”. Un expediente judicial incoado a un menor supone considerarlo culpable de mínimo un delito, siendo este el caso habitual. El número de expedientes recogidos en la siguiente tabla representa una estimación a la baja del número de delitos imputados a esta muestra de menores en su historial delictivo.

Número de expedientes	Frecuencia	%
1	65	43,0
2	21	13,9
3	19	12,6
4	11	7,3
5	10	6,6
6	4	2,6
7	8	5,3
8	5	3,3
9	5	3,3
11	1	,7
18	1	,7
19	1	,7
<b>N 151</b>		

Tabla 9. Número total de expedientes judiciales por menor

El rango del número de expedientes estaba comprendido entre 1 y 9, con una media de 3,12 (D.T.=2,993). El número total de expedientes que suman los 151 menores de la muestra es de 471 expedientes. Como se puede apreciar, el 43% de la muestra (65 menores), cuentan únicamente con un expediente judicial, siendo este el actual. El resto de menores, que equivale al 57% de la muestra (86 menores), son reincidentes por contar con más de un expediente, sumando todos ellos un total de 406 expedientes. Este volumen de expedientes representan el 86% de la actividad delictiva de la muestra.

Un análisis más específico llevado a cabo es el que diferencia del total de delitos (actuales y pasados), entre aquellos de carácter violento frente a los no violentos. En nuestra muestra, los delitos violentos se presentan en un rango entre 0 y 13, con una media de 1,48 (D.T.=1,74). La variable delitos no violentos, abarca un rango entre 0 y 16, con una media de 1,64 (D.T.=2,28). En cuanto a la distribución de los menores en esta variable, encontramos que el grupo de menores que han presentado en alguna ocasión un delito violento representa el 71% del total (108 sujetos), frente al grupo no violento constituido por 43 menores, lo que equivale al 29% del total de menores, tal y como se puede apreciar en la figura 18.



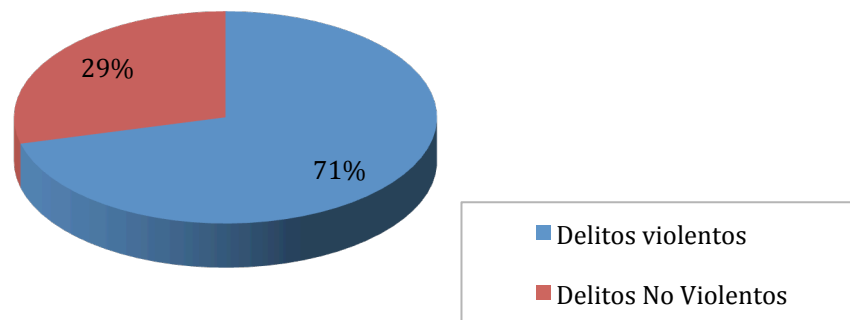


Figura 18. Distribución de la muestra en función del tipo de delito: violento vs no violento

El último aspecto considerado en relación al historial delictivo, es el que hace referencia a si previamente a la actual medida, contaban con algún internamiento previo en su historial. Como se puede ver en la Figura 19, los resultados obtenidos muestran que del total de menores que conforman la muestra (151), 37 de ellos (24,5%), habían presentado internamientos en centros de reeducación previos al actual.

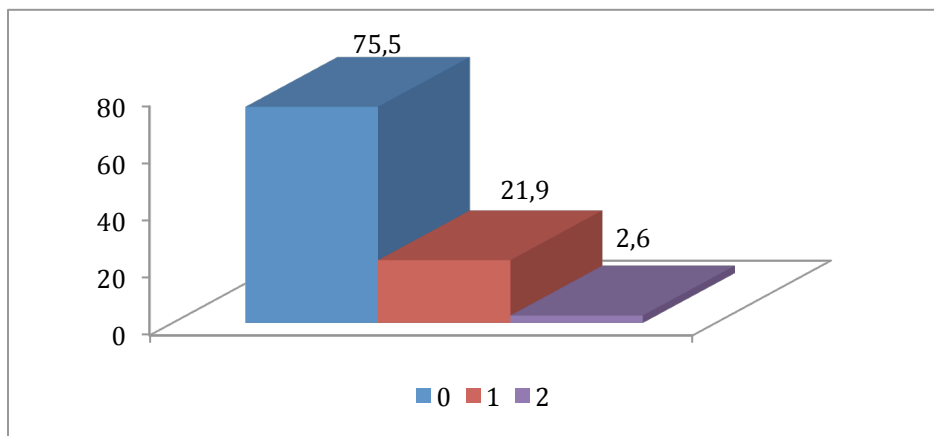


Figura 19. Número de internamientos previos en centros de reeducación.

Si el porcentaje de reincidentes (más de 1 expediente) oscilaba alrededor del 57% (86 menores) del total de la muestra, este dato afina el hecho que dentro de este grupo de reincidentes, el 43% contaron con medidas de internamiento previas.

En cuanto a la información de tipo clínico explorada, el primer aspecto hace referencia a si consta en el expediente del menor informe diagnóstico. Los datos (ver Figura 20) reflejan que un porcentaje elevado de menores no presentan o no se ha detectado necesidades de salud mental, frente a un 25,3% (38 menores), que sí que cuentan con informe diagnóstico previo al inicio de la ejecución de la medida judicial.

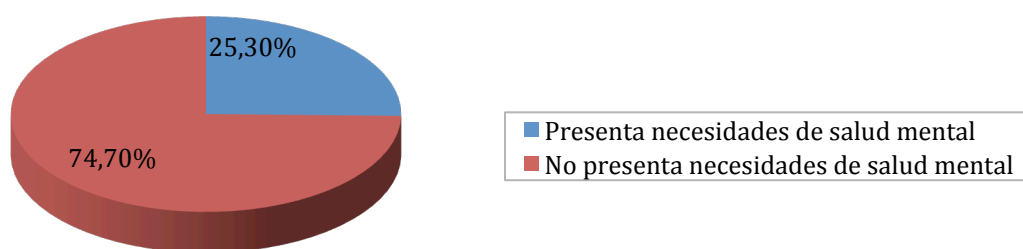


Figura 20. Consta informe diagnóstico de salud mental en Expediente.

En cuanto a la procedencia de esos informes diagnósticos, el mayor porcentaje (27 menores) corresponde a las USMI (Unidades de Salud Mental). No obstante, en el caso de los menores con medidas internamiento, observamos que un porcentaje significativo de estas detecciones han sido llevadas a cabo por la USMI adscrita a este centro en su labor de búsqueda en el historial clínico de estos pacientes (11 menores).

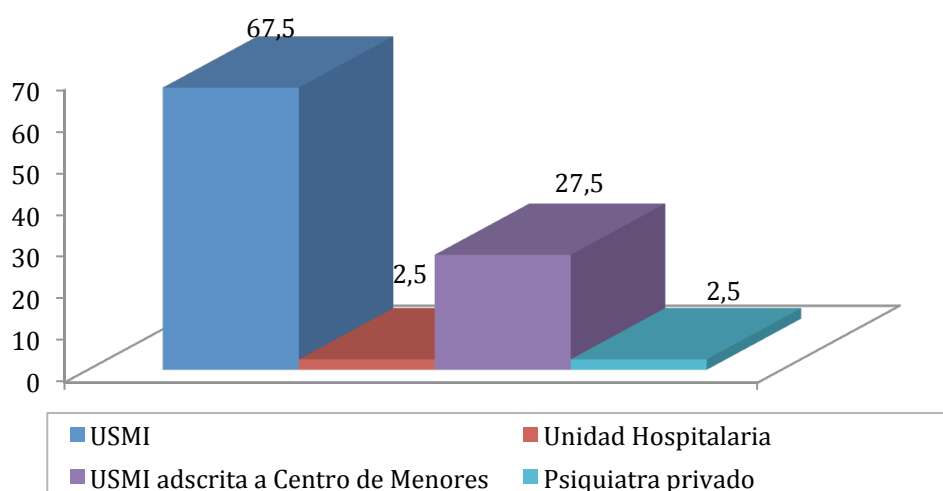


Figura 21. Procedencia de informes diagnósticos

Si bien hemos dicho que del total de 151 menores, el 25,3% presentaba antecedentes de problemas de salud mental diagnosticados previamente al inicio de la medida, este porcentaje se ve incrementado posteriormente como se desprende del análisis del CRIM-M. En dicho instrumento, además del dato ya recogido, se explora si pese a la no existencia de diagnóstico previo en el resto de menores (74,7%), tras iniciar la medida judicial se detectaron necesidades de salud mental en alguno de ellos. Los datos muestran la existencia de un porcentaje notable de detecciones llevadas a cabo posteriormente de un 19,2% (29 menores) del total, fundamentalmente en los menores que están cumpliendo medidas de internamiento (26 de los 29 menores).

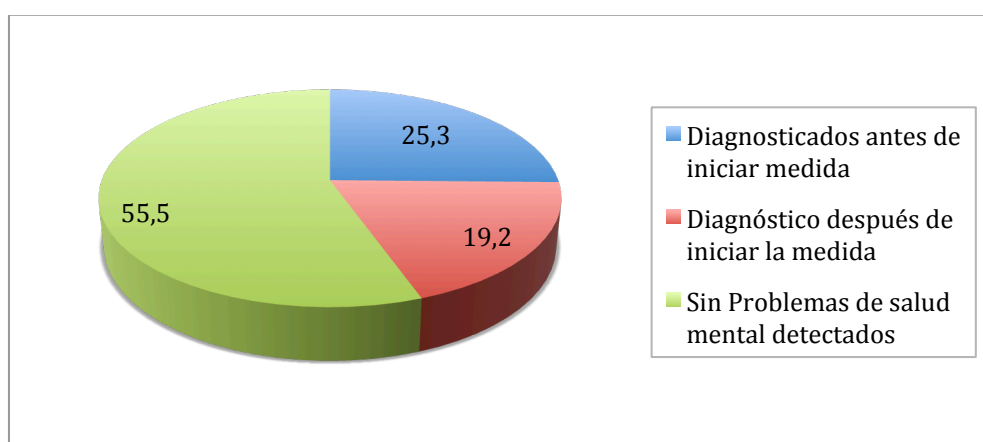


Figura 22. Porcentajes de menores con necesidades de salud mental detectada

En cuanto al número de problemas de salud mental de la muestra, estos presentan un rango entre 0 y 5, con una media de 0,77 (D.T.=1,09). Comprende la ausencia de problemas, que equivale a “0”, hasta aquel caso en el que en un mismo menor se identifican 5 diagnósticos. El número total de trastornos identificados en este 44,5% de menores de la muestra asciende a 114. Los trastornos específicos con sus frecuencias, los porcentajes respecto de la muestra total, así como los porcentajes asociados a las categorías diagnósticas en las que se encuentran incluido los distintos trastornos se presentan a continuación en la tabla 3.

Tipo de delito	Frecuencia	% trastorno
Retraso mental (con certificado de discapacidad)	5	3,3
Trastorno de Asperger (con certificado discapacidad)	1	0,7
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	18	11,9
Trastorno Disocial	4	2,6
Trastorno negativista desafiante	3	2
Trastorno comportamiento perturbador No especificado	3	2
Abuso/dependencia cannabis	29	19,2
Abuso/dependencia cocaína	2	1,3
Abuso anfetaminas	1	0,7
Abuso/dependencia más de una droga	3	2
Trastorno psicótico NE	4	2,6
Trastorno psicótico inducido por sustancias	1	0,7
Alteración conductual psicógena	1	0,7
Trastorno delirante tipo celotípico	1	0,7
Depresión	6	4
Trastorno depresivo NE	1	0,7
Ansiedad	11	7,3
Trastorno conducta alimentaria	3	2
Trastorno control de impulsos NE	4	2,6
Trastorno adaptativo	6	4
Rasgos paranoides	1	0,7
Personalidad antisocial	2	1,3
Trastorno límite de la personalidad	1	0,7
Trastorno de personalidad NE	3	2
<b>Total 114</b>		

Tabla 10: Trastornos de salud mental identificados en la muestra.

Del total de diagnosticados presentes en la muestra de este estudio, destacan como problemas más frecuentes los trastornos por consumo de sustancias (23,2%), seguido por los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (18,5%). A continuación, con frecuencias menores le siguen aquellos diagnósticos relacionados con trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, así como ciertos rasgos desadaptativos y trastornos de personalidad.

Otro aspecto analizado hace referencia a los tratamientos recibidos por este porcentaje de menores de nuestra muestra con necesidades de salud mental (44,5%). En este sentido, encontramos que del total de estos menores, el 47,1% recibió tratamiento específico en alguna ocasión del pasado, representando este dato a 32 menores de los 38

que contaban con diagnóstico previo al inicio de la medida. Luego la mayor parte de los menores con diagnósticos previos fueron tratados en el pasado, no significando esto adscripción a estos tratamientos durante el tiempo requerido por los facultativos.

Por último, respecto al porcentaje de menores que reciben tratamiento en la actualidad en relación a las necesidades de salud mental detectadas, encontramos que en un 69% de los casos sí que los menores se adscriben al tratamiento pautado, existiendo un 30% de ellos que se no se adhieren a tratamiento o los desestiman por diversos motivos.

### 3.1.2. IGI-J

El análisis descriptivo del IGI-J, permite representar a todos los integrantes de la muestra divididos en función del nivel de riesgo de reincidencia estimado por el instrumento. Recordemos que tras la suma de los 42 ítems que componen este inventario se obtiene un nivel de riesgo de reincidencia total, en el que los menores pueden ser clasificados, siendo los intervalos de estos niveles los siguientes: Bajo (0-8 puntos), Moderado (9-22), Alto (23 a 32) y Muy Alto (33 a 42).

La distribución obtenida, tal y como se puede apreciar en la Figura 23, refleja que los mayores porcentajes de menores se incluyen dentro de los niveles o bandas de riesgo moderado (42,4%) y alto (35,8%), seguidos por el grupo de menores con un nivel de riesgo bajo (18,5%), y en última instancia encontraríamos un 3,3% presentando un nivel de riesgo muy alto. La puntuación total obtenida por los menores de la muestra en el inventario ha estado comprendida entre 0 y 39, con una puntuación media de 18,52 (DT=9,97).

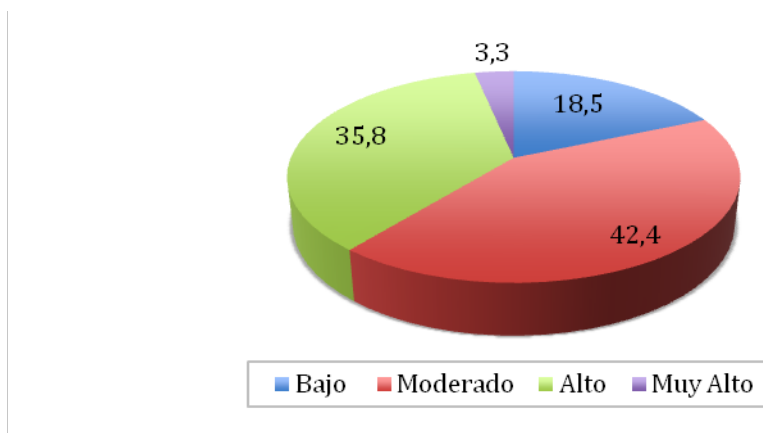


Figura 23. Distribución de la muestra en función del nivel de riesgo de reincidencia

Junto al nivel de riesgo total, el inventario permite analizar el nivel de riesgo específico en cada uno de los factores o áreas contenidas en el instrumento. En la tabla 11, mostramos en relación a cada una de estas áreas el rango de puntuaciones, media y desviación típica.

IGI-J	Rango	Media	DT
<b>NR Delitos y medidas pasadas y actuales</b>	0-4	1,40	1,47
<b>NR Pautas Educativas</b>	0-6	3,18	1,74
<b>NR Educación Formal/Empleo</b>	0-7	2,84	2,09
<b>NR Relación con el grupo de iguales</b>	0-4	2,44	1,33
<b>NR Consumo de sustancias</b>	0-5	2,18	1,76
<b>NR Ocio/Diversión</b>	0-3	1,98	1,09
<b>NR Personalidad/Conducta</b>	0-6	2,70	1,76
<b>NR Actitudes, valores y creencias</b>	0-5	1,79	1,65

Tabla 11: Rangos, medias y DT de las áreas del IGI-j

En la figura 24, podemos observar del mismo modo que en la puntuación total, porcentajes muy elevados o de mucha representación del conjunto de la muestra en las bandas de riesgo moderado y alto de cada uno de los factores o áreas de riesgo.

Dentro del nivel de riesgo moderado destacamos las áreas de personalidad/conducta (72,7%) y actitudes/valores (49,7%), ambas de perteneciente a la esfera del menor. En segundo lugar, también con mayor representación de menores en el nivel de riesgo moderado nos encontramos con los factores de riesgo asociados a las pautas educativas en el ámbito familiar (43,7%), el impacto negativo del grupo de iguales (41,7%).

En cuanto al nivel de representación de la muestra en el nivel de riesgo alto, las puntuación mayor se presenta en los factores de riesgo asociados al ocio/diversión (67,5%), con un fuerte impacto negativo generalizado debido a la ausencia de elementos reforzadores y socializadores adecuados dentro de este ámbito. Junto a este, los problemas asociados a la educación formal/empleo (39,7%), y particularmente el consumo de sustancias con un (43%) revisten particular importancia, porque sumado a los menores en la banda de riesgo moderado en consumo de sustancias, suman un total de 72,8% del total de menores con problemas de consumo de tóxicos.

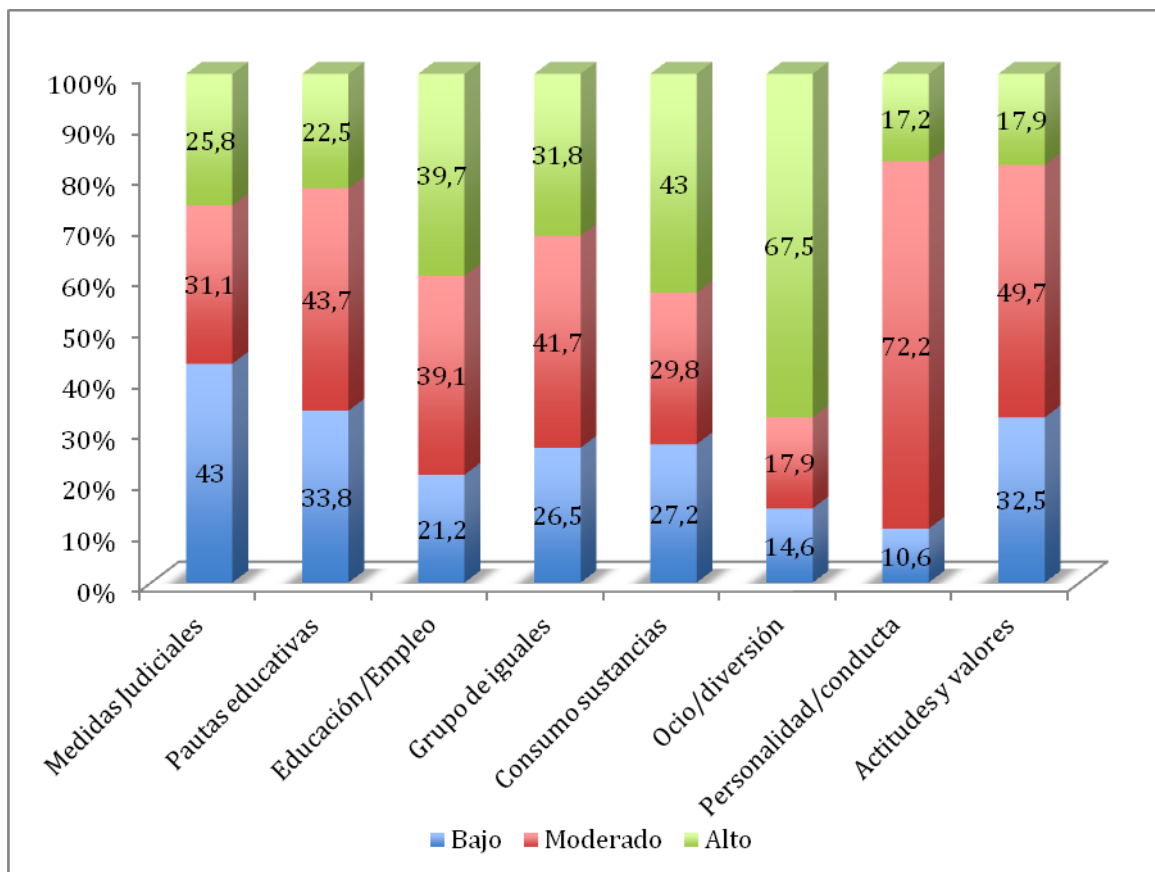


Figura 24. Distribución de la muestra en función del nivel de riesgo de reincidencia en las áreas específicas del IGI-J

La distribución de los menores en los distintos factores evidencia que se trata de una muestra de menores donde predomina puntuaciones moderadas-altas de riesgo de reincidencia delictiva asociado a la interacción recíproca de múltiples y relevantes problemas de diversa índole: historias delictivas, pobres pautas educativas, fracaso escolar/formativo, modelos negativos entre sus iguales de referencia, la mayoría con problemáticas de consumo de sustancias, sin actividades de ocio/tiempo libre normalizadas, así como con significativas necesidades de intervención a nivel de personalidad, conducta, creencias y valores.



### 3.1.3. MACI

De los 151 menores que componen la muestra, el MACI ha sido administrado a 133, obteniéndose posteriormente tras el proceso de corrección informático automatizado un total de 131 pruebas válidas, por tanto contamos a nivel de análisis con los resultados del MACI de 131 menores de la muestra (86,75%).

En el caso de los 18 menores restantes (12% de la muestra) en los que este inventario no ha podido ser administrado los motivos son los siguientes: 9 menores contaban con edades fuera de rango (mayores de 19 años), y los otros 9 menores, estaba integrado por menores españoles con problemas de comprensión lectora y menores extranjeros con bajo conocimiento del idioma e importantes diferencias culturales.

Respecto a los resultados ofrecidos por el MACI (Rasgos Prototípicos de Personalidad, Preocupaciones Expresadas y Síndromes Clínicos), estos se presentan en las figuras 25, 26 y 27 y tablas 12, 13 y 14.. Recordar respecto a las puntuaciones de Tasa Base (TB) que las que se encuentran dentro del rango 75-84, sugieren la presencia de niveles moderados de las características del síndrome, y las puntuaciones dentro del rango 85-115 indicarían que existe una probabilidad elevada de que el adolescente manifieste las características del síndrome/escala medida.

En el apartado **Rasgos Prototípicos de Personalidad** (ver tabla 12 y figura 25), de las 12 escalas, se aprecian datos de prevalencia dentro de la muestra elevados en diversas escalas (Histriónico, Egocéntrico Rebelde, Conformista, Rudo y Oposicionista), presentando porcentajes especialmente altos dentro del rango de puntuaciones de TB superiores a 85: Histriónico (31,3%), Egocéntrico (29,8%), Rebelde (26%), Conformista (22,1%), Rudo (13,7%) y Oposicionista (11,5%), es decir, las escalas 4, 5, 6A, 6B, 7 y 8A respectivamente.

En la tabla 12 también se recogen los rangos de puntuaciones mínima y máxima obtenida por la muestra en cada una de las escalas, junto a su media y desviación típica, así como la distribución de menores de la muestra en el rango de intervalos de tasa base (TB) y el número de menores dentro de cada uno de ellos.

Escalas de Rasgos de Personalidad	Min.	Max	Media	D.T	Rango	% de sujetos	Frecuencia de sujetos
Introvertido (1)	1	82	36,03	19,75	TB (0-74)	99,2	130
					TB (75-84)	0,8	1
					TB (85-115)	-	-
Inhibido (2A)	1	83	35,67	19,95	TB (0-74)	98,5	129
					TB (75-84)	1,5	2
					TB (85-115)	-	-
Pesimista (2B)	4	90	44,99	17,24	TB (0-74)	96,2	126
					TB (75-84)	3,1	4
					TB (85-115)	0,8	1
Sumiso (3)	1	115	44,07	24,13	TB (0-74)	90,1	118
					TB (75-84)	6,9	9
					TB (85-115)	3,1	4
<b>Histriónico (4)</b>	0	115	70,37	28,00	TB (0-74)	57,3	75
					TB (75-84)	11,5	15
					TB (85-115)	31,3	41
<b>Egocéntrico (5)</b>	0	115	68,97	29,79	TB (0-74)	58	76
					TB (75-84)	12,2	16
					TB (85-115)	29,8	39
<b>Rebelde (6A)</b>	12	114	68,76	24,59	TB (0-74)	64,9	85
					TB (75-84)	9,2	12
					TB (85-115)	26	34
<b>Rudo (6B)</b>	5	114	55,89	23,62	TB (0-74)	77,1	101
					TB (75-84)	9,2	12
					TB (85-115)	13,7	18
<b>Conformista (7)</b>	1	115	58,67	31,64	TB (0-74)	71,8	94
					TB (75-84)	6,1	8
					TB (85-115)	22,1	29
<b>Oposicionista (8A)</b>	7	104	52,90	22,29	TB (0-74)	81,7	107
					TB (75-84)	6,9	9
					TB (85-115)	11,5	15
Autopunitivo (8B)	10	103	42,96	19,46	TB (0-74)	94,7	124
					TB (75-84)	2,3	3
					TB (85-115)	3,1	4
Tendencia Límite (9)	2	102	46,08	22,23	TB (0-74)	87,8	115
					TB (75-84)	6,9	9
					TB (85-115)	5,3	7

Tabla 12: Datos descriptivos de la muestra en Rasgos prototípicos de personalidad del MACI

En la figura 25 se representa la distribución de porcentajes de la muestra en cada uno de los rasgos de personalidad medidos en función del rango de TB (75-84) y TB (85-115) en el que se encuentra cada menor. De este modo se observa gráficamente la representatividad de puntuaciones elevadas en TB (85-115) en los rasgos ya comentados.

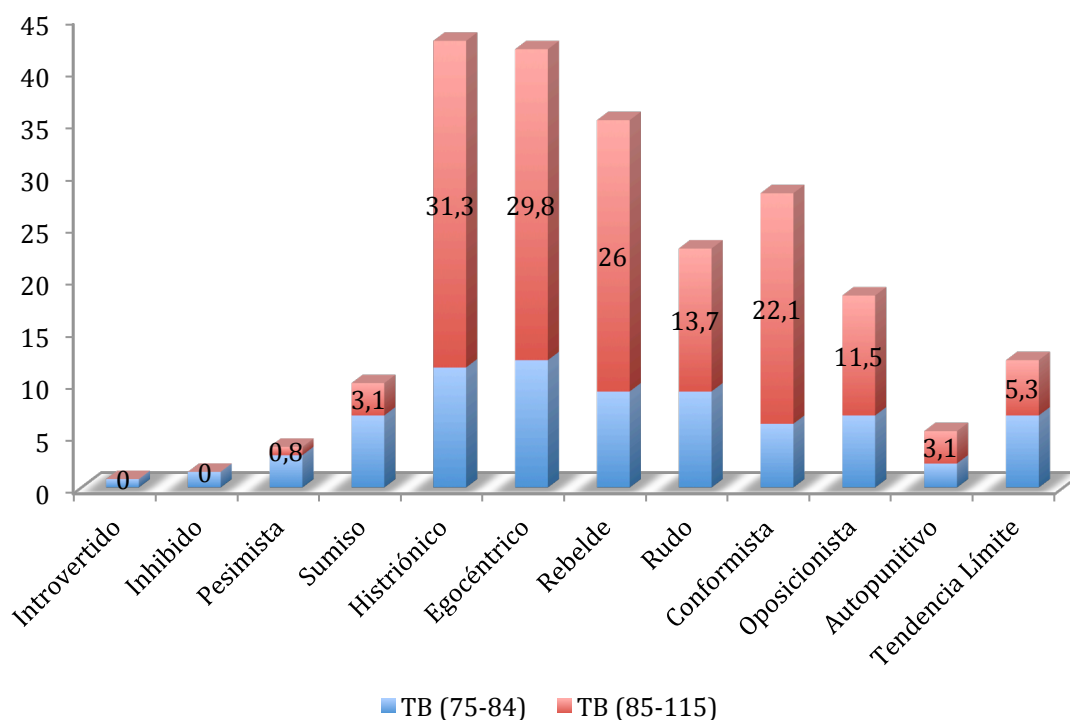


Figura 25. Distribución muestra en TB (75-84) y TB (85-115) en las Escalas de Personalidad (MACI)

En cuanto a las 8 escalas de **Preocupaciones Expresadas**, los resultados obtenidos presentan como escalas más relevantes las siguientes: Insensibilidad Social, Discordancia Familiar y Abusos en la infancia, siendo los porcentajes respectivos para sendos intervalos de TB (75-84 y 84-115) en las diferentes escalas los siguientes: Insensibilidad Social (16,8% y 37,4% respectivamente), Discordancia Familiar (6,9% y 12,2%) y Abusos en la Infancia (7,6% y 10,7%), es decir, las escalas F, G y H del MACI (ver tabla 13 y figura 26).

En la tabla 13 se recogen los rangos de puntuaciones mínima y máxima obtenida por la muestra en cada una de las escalas, junto a su media y desviación típica, así como la distribución de menores de la muestra en el rango de intervalos de tasa base (TB) y el número de menores dentro de cada uno de ellos.

Preocupaciones Expresadas	Min.	Max	Media	D.T	Rango	%	Frecuencia
Difusión de la Identidad (A)	9	108	47,15	23,65	TB (0-74)	90,1	118
					TB (75-84)	4,6	6
					TB (85-115)	5,3	7
Desvalorización de sí mismo (B)	8	109	46,52	21,71	TB (0-74)	91,6	120
					TB (75-84)	4,6	6

					TB (85-115)	3,8	5
Desagrado por propio cuerpo (C)	8	108	43,38	20,86	TB (0-74)	90,1	118
					TB (75-84)	5,3	7
					TB (85-115)	4,6	6
Incomodidad respecto al sexo (D)	1	112	46,92	24,78	TB (0-74)	84,7	111
					TB (75-84)	8,4	11
					TB (85-115)	6,9	9
Inseguridad con los iguales (E)	5	82	43,02	17,46	TB (0-74)	95,4	125
					TB (75-84)	4,6	6
					TB (85-115)	-	-
<b>Insensibilidad Social (F)</b>	1	115	77,82	25,86	TB (0-74)	45,8	60
					TB (75-84)	16,8	22
					TB (85-115)	37,4	49
<b>Discordancia Familiar (G)</b>	10	111	55,45	21,97	TB (0-74)	80,9	106
					TB (75-84)	6,9	9
					TB (85-115)	12,2	16
<b>Abusos en la Infancia (H)</b>	8	114	55,04	24,50	TB (0-74)	81,7	107
					TB (75-84)	7,6	10
					TB (85-115)	10,7	14

Tabla 13: Datos descriptivos de la muestra en Preocupaciones Expresadas del MACI

En la figura 26 se presenta la distribución de porcentajes en los rangos de TB (75-84) y TB (85-115).

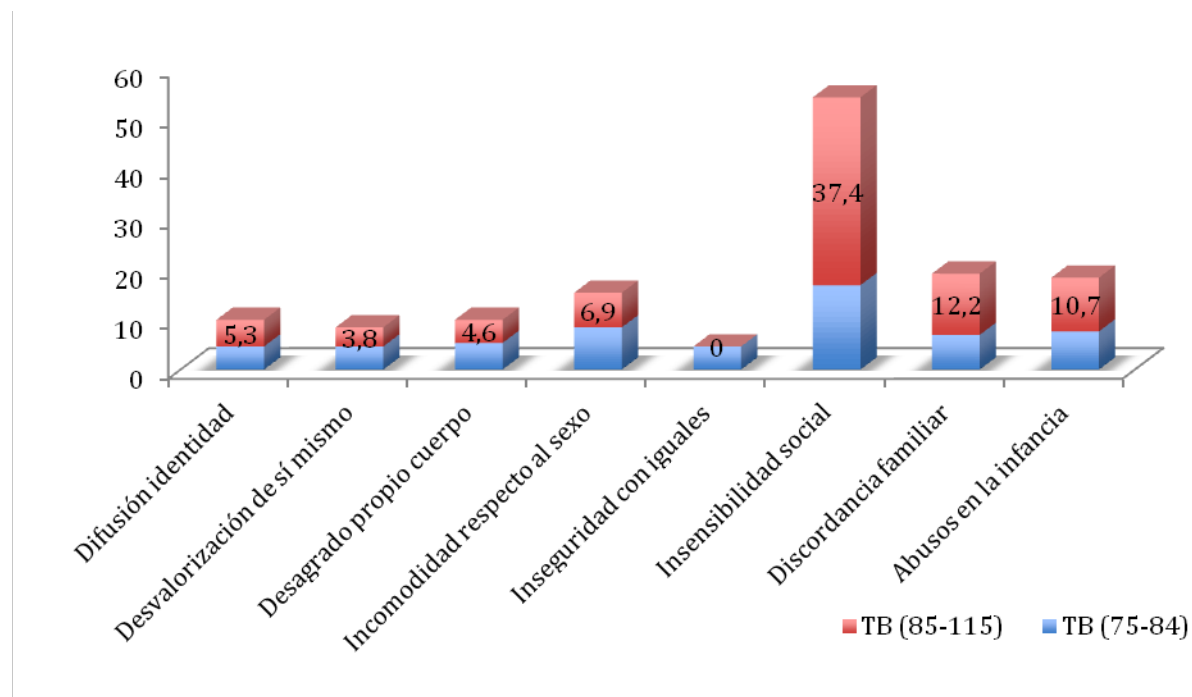


Figura 26. Distribución muestra en TB (75-84) y TB (85-115) en las Escalas de Preocupaciones Expresadas (MACI)

Finalmente, en relación a las **7 escalas clínicas**, los resultados procedentes de esta muestra de sujetos indican puntuaciones elevadas dentro del rango de significación clínica TB (84-115) en algunas escalas concretas. Siendo los porcentajes respectivos para sendos intervalos de TB (75-84) y TB (84-115) en estas escalas los siguientes: Inclínación al abuso de sustancias (16,8% y 32,8%), Predisposición a la delincuencia (18,3% y 40,5%) y Propensión a la Impulsividad (6,1% y 26,7%). Escalas BB, CC y DD respectivamente.

En la tabla 14, junto a estos rangos de TB y sus respectivos porcentajes y frecuencias de menores dentro del rango, se presentan en relación a cada una de las 8 variables medidas, los rangos de puntuaciones mínima y máxima obtenida por la muestra, junto a su media y desviación típica.

Síndromes Clínicos	Mi n.	Max	Media	D.T	Rango	%	Frecuencia
Trastornos de la alimentación (AA)	8	100	45,82	18,81	TB (0-74)	96,2	126
					TB (75-84)	2,3	3
					TB (85-115)	1,5	2
<b>Inclínación al abuso de sustancias (BB)</b>	10	115	71,44	26,39	TB (0-74)	50,4	66
					TB (75-84)	16,8	22
					TB (85-115)	32,8	43
<b>Predisposición a la Delincuencia (CC)</b>	6	115	79,53	23,87	TB (0-74)	41,2	54
					TB (75-84)	18,3	24
					TB (85-115)	40,5	53
<b>Propensión a la Impulsividad (DD)</b>	6	115	61,18	28,40	TB (0-74)	67,2	88
					TB (75-84)	6,1	8
					TB (85-115)	26,7	35
Sentimientos de Ansiedad (EE)	1	105	33,79	22,55	TB (0-74)	97,7	128
					TB (75-84)	0,8	1
					TB (85-115)	1,5	2
Afecto Depresivo (FF)	6	109	41,70	22,10	TB (0-74)	94,7	124
					TB (75-84)	2,3	3
					TB (85-115)	3,1	4
Tendencia al Suicidio (GG)	11	106	48,86	19,58	TB (0-74)	93,9	123
					TB (75-84)	2,3	3
					TB (85-115)	3,8	5

Tabla 14: Datos descriptivos de la muestra en Síndromes Clínicos

En la figura 27 se representa la distribución de porcentajes de la muestra en cada uno de los síndromes clínicos medidos en función del rango de TB (75-84) y TB (85-115) en el que se encuentra cada menor. De este modo se observa gráficamente la

representatividad de puntuaciones elevadas en TB (85-115) en los síndromes ya comentados

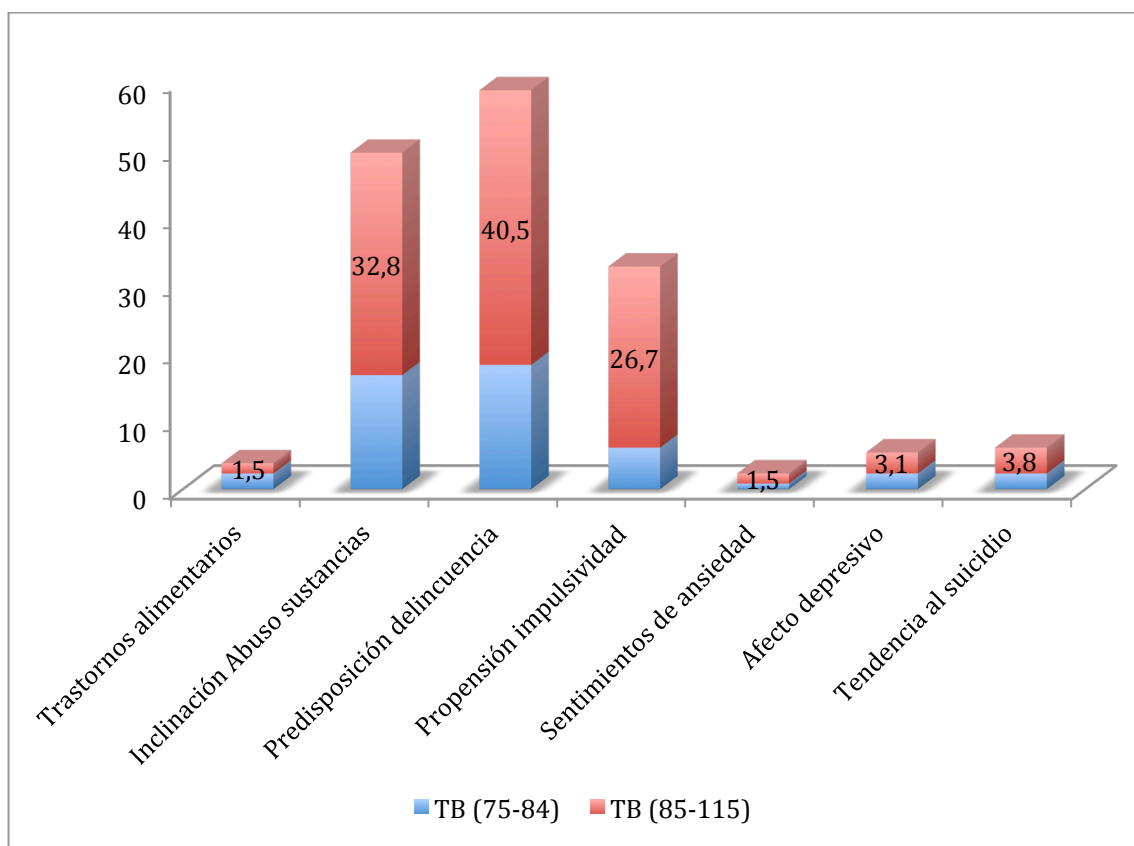


Figura 27. Distribución muestra en TB (75-84) y TB (85-115) en las Escalas de Síndromes clínicos (MACI)

### 3.2. Relación entre las variables objeto de estudio

#### 3.2.1. Comparaciones entre grupos

##### 3.2.1.1. Reincidentes vs no reincidentes

Con la finalidad de explorar el papel de la reincidencia delictiva en las distintas variables recogidas en los tres instrumentos empleados en la investigación (CRIM-M, IGI-J y MACI), dividimos la muestra de 151 menores en dos grupos (No reincidencia vs. Reincidencia). Se tipificó la variable reincidencia entendiéndola como aquellos casos o menores en los que además de la actual medida en ejecución contaran en su historial con al menos un delito pasado juzgado.

Tras dividir la muestra en función de este criterio, el grupo de “no reincidente” incluyó 65 menores, y el grupo “reincidente” 86 menores. En las tablas 15, 16, 17, 18 y 19, se presentan los resultados obtenidos tras comparar ambos grupos en las variables recogidas en cada uno de los instrumentos (CRIM-M, IGI-J y MACI), mostrándose las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones para cada uno de los dos grupos, así como los resultados de las pruebas t de Student efectuadas para determinar si existen diferencias significativas entre ambos grupos, y la d de Cohen como medida del tamaño del efecto de las diferencias significativas encontradas.

La medida del tamaño del efecto tiene como finalidad cuantificar la relevancia del efecto obtenido, informando de en qué medida los efectos estadísticamente significativos encontrados con la t de Student son relevantes. Se considera que valores entre 0-0,49 indican un efecto de pequeño tamaño, entre 0,5-0,79 son considerados de magnitud media y superiores a 0,80 indicarían un efecto de alta magnitud.

En la tabla 15, se presenta la comparación entre ambos grupos en relación a las variables recogidas en el CRIM-M (Cuadernillo de Recogida de Información del Menor). Los resultados de la prueba t de Student obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables que componen el instrumento. Todas estas comparaciones de grupo con diferencias significativas van en la dirección de caracterizar al grupo de menores reincidentes con mayor edad, con más delitos violentos y no violentos en su historial (versatilidad delictiva), con mayor frecuencia a

presentar medidas de internamiento previas, con mayor número de expedientes y delitos en su historial, así como mayor número de problemas de salud mental.

En cuanto al tamaño del efecto de tales diferencias medido con la *d* de Cohen, obtenemos valores altos (mayores 0,80), en todas las variables judiciales: delitos violentos en historial (-1,021), delitos no violentos en historial (-1,16), internamientos previos (-0,97) y número total de expedientes judiciales/delitos (-1,68). La variable edad presenta un efecto moderado (-0,54) y el número de problemas de salud mental (-0,47) un tamaño del efecto bajo pese a su significación.

CRIM-M	Grupo	Media	DT	t	g.l.	p	<i>d</i> Cohen
<b>Edad</b>	No reincidencia	16,58	1,40	-3,33	149	<b>,001</b>	0,54
	<b>Reincidencia</b>	17,31	1,28				
<b>Delitos Violentos en su historial</b>	No reincidencia	,62	,49	-6,65	97,5	<b>,000</b>	1,021
	<b>Reincidencia</b>	2,14	2,04				
<b>Delitos No Violentos en su historial</b>	No reincidencia	,38	,49	-7,57	92,5	<b>,000</b>	1,16
	<b>Reincidencia</b>	2,58	2,63				
<b>Internamientos Previos</b>	No reincidencia	,03	,17	-6,32	104	<b>,000</b>	0,97
	<b>Reincidencia</b>	,45	,59				
<b>Nº Total de Expedientes judiciales/Delitos</b>	No reincidencia	1,00	,00	-11,03	85	<b>,000</b>	1,68
	<b>Reincidencia</b>	4,72	3,12				
<b>Número de problemas de salud mental presentes en el menor</b>	No reincidencia	,49	1,01	-2,81	147	<b>,006</b>	0,47
	<b>Reincidencia</b>	,99	1,10				

Tabla 15: Comparación grupos Reincidente vs. No reincidente en el CRIM-M

En cuanto a la comparación de ambos grupos (reincidencia vs no reincidencia), en relación a la predicción del riesgo de reincidencia medida con el IGI-J (ver tabla 16), los resultados de la prueba *t* de Student obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables o factores que componen este inventario de riesgo.

Estas diferencias significativas indican que el grupo **reincidente** presenta puntuaciones mayores en el nivel de riesgo total del IGI-J, así como en las 8 áreas específicas: 1) delitos y medidas pasadas y actuales 2) pautas educativas 3) educación formal/empleo 4) relación con el grupo de iguales 5) consumo de sustancias 6) ocio/diversión 7) personalidad/ conducta 8) Actitudes, valores y creencias.



Respecto al tamaño del efecto de tales diferencias medido con la  $d$  de Cohen, obtenemos valores superiores a 0,80 en el nivel de riesgo total medido con el IGI-J (NR total), así como en seis de las ocho ámbitos de riesgo valorados: NR (nivel de riesgo) Delitos y medidas pasadas y actuales, NR Pautas educativas, NR Relación con el grupo de iguales, NR Consumo de sustancias, NR Personalidad y conducta. Las otras dos áreas de riesgo evaluadas por el IGI-J obtienen tamaños del efecto dentro del rango moderado (0,5-0,79), NR Educación formal/empleo y NR Ocio y diversión, aunque con valores muy próximos al rango de valores de tamaños de efecto alto.

IGI-J	Grupo	Media	DT	t	g.l.	p	d Cohen
<b>NR Delitos y medidas pasadas y actuales</b>	No reincidencia	,17	,45	-14,55	11,46	<b>,000</b>	2,26
	<b>Reincidencia</b>	2,38	1,28				
<b>NR Pautas Educativas</b>	No reincidencia	2,41	1,85	-4,86	115,9	<b>,000</b>	0,81
	<b>Reincidencia</b>	3,75	1,41				
<b>NR Educación Formal/Empleo</b>	No reincidencia	1,97	1,90	-4,76	149	<b>,000</b>	0,79
	<b>Reincidencia</b>	3,50	1,99				
<b>NR Relación con el grupo de iguales</b>	No reincidencia	1,77	1,33	-5,95	149	<b>,000</b>	0,96
	<b>Reincidencia</b>	2,94	1,08				
<b>NR Consumo de sustancias</b>	No reincidencia	1,32	1,38	-5,95	148,6	<b>,000</b>	0,97
	<b>Reincidencia</b>	2,84	1,74				
<b>NR Ocio/Diversión</b>	No reincidencia	1,52	1,15	-4,64	119,3	<b>,000</b>	0,78
	<b>Reincidencia</b>	2,32	,91				
<b>NR Personalidad/Conducta</b>	No reincidencia	1,87	1,66	-5,50	149	<b>,000</b>	0.90
	<b>Reincidencia</b>	3,34	1,57				
<b>NR Actitudes, valores y creencias</b>	No reincidencia	,84	1,21	-7,33	149	<b>,000</b>	1.18
	<b>Reincidencia</b>	2,51	1,58				
<b>NR TOTAL</b>	No reincidencia	11,83	8,04	-8,82	149	<b>,000</b>	1,45
	<b>Reincidencia</b>	23,59	8,16				

Tabla 16: Comparación grupos Reincidente vs. No reincidente en el IGI-J

Los resultados de la comparación entre ambos grupos en los distintos apartados del MACI se recogen en las tablas 17 (Rasgos de Personalidad), 18 (Preocupaciones Expresadas) y 19 (Síndromes Clínicos). De los 12 rasgos prototípicos de personalidad, se obtienen diferencias significativas con la prueba  $t$  de Student en siete de ellos, “Pesimista”, “Sumiso”, “Rebelde”, “Conformista”, “Oposicionista”, “Autopunitivo” y “Tendencia límite”.

El sentido de estas diferencias significativas entre ambos grupos apunta a describir al grupo de menores **reincidentes** con mayores características asociadas a los rasgos “Pesimistas”, “Rebeldes”, “Oposicionistas”, “Autopunitivos” y “Tendencias límites”, relacionándose la mayoría de estos rasgos con la mayor probabilidad de tener problemas de conducta, autorregulación e impulsividad. Frente a este grupo de menores reincidentes, el grupo de no reincidentes de la muestra (aquellos con solo 1 expediente asociado a un delito y una medida en ejecución, siendo esta la actual), se caracteriza por presentar puntuaciones más elevadas en “Sumiso” y “Conformista”.

Si bien, estas diferencias estadísticamente significativas presentan tamaños de efecto bajos medidos con la *d* de Cohen en los rasgos “Pesimista”, “Sumiso”, “Rebelde”, “Oposicionista” y “Autopunitivo”. Los rasgos “Conformista” y “Tendencia Límite”, en cambio, alcanzan tamaños de efecto moderados.

MACI PERSONALIDAD	Grupo	Media	DT	t	g.l.	p	<i>d</i> Cohen
Introvertido	No reincidencia	36,57	19,30	,28	129	NS	
	Reincidencia	35,60	20,21				
Inhibido	No reincidencia	37,21	19,15	,78	129	NS	
	Reincidencia	34,45	20,62				
<b>Pesimista</b>	No reincidencia	41,28	16,66	-2,23	129	<b>,027</b>	0,39
	<b>Reincidencia</b>	47,95	17,23				
<b>Sumiso</b>	<b>No reincidencia</b>	49,50	22,39	2,33	129	<b>,021</b>	0,41
	Reincidencia	39,75	24,73				
Histriónico	No reincidencia	70,14	25,16	-,08	129	NS	
	Reincidencia	70,56	30,24				
Egocéntrico	No reincidencia	71,33	27,55	,81	129	NS	
	Reincidencia	67,10	31,51				
<b>Rebelde</b>	No reincidencia	62,47	22,35	-2,67	129	<b>,009</b>	0,47
	<b>Reincidencia</b>	73,75	25,29				
Rudo	No reincidencia	51,81	21,37	-1,78	129	NS	
	Reincidencia	59,12	24,94				
<b>Conformista</b>	<b>No reincidencia</b>	68,78	30,72	3,39	129	<b>,001</b>	0,59
	Reincidencia	50,64	30,21				
<b>Oposicionista</b>	No reincidencia	47,78	18,91	-2,45	129	<b>,016</b>	0,43
	<b>Reincidencia</b>	56,97	23,99				

<b>Autopunitivo</b>	No reincidencia	39,07	18,42	-2,06	129	<b>,041</b>	0,37
	<b>Reincidencia</b>	46,05	19,84				
<b>Tendencia Límite</b>	No reincidencia	39,78	21,02	-2,98	129	<b>,003</b>	0,53
	<b>Reincidencia</b>	51,08	22,03				

Tabla 17: Comparación grupos Reincidente vs. No reincidente en el MACI (Rasgos Personalidad)

En el apartado de “**Preocupaciones Expresadas**” (ver tabla 18), integrado por 8 variables, encontramos diferencias significativas con la *t* de Student en “Desvalorización de sí mismo”, “Incomodidad respecto al sexo” e “Inseguridad con iguales” entre ambos grupos. Dichas diferencias van en la dirección de puntuaciones mayores del grupo no reincidente en las variables “Incomodidad respecto al sexo” e “Inseguridad con iguales”, frente al grupo reincidente que se caracterizaría en mayor medida por “Desvalorización de sí mismo”.

De las variables con diferencias significativas encontradas, la “Incomodidad respecto al sexo” y la “Inseguridad con iguales”, alcanzan tamaños de efecto moderados. En cambio, la variable “Desvalorización de sí mismo” presenta un tamaño de efecto bajo.

MACI PREOCUPACIONES EXPRESADAS	Grupo	Media	DT	t	g.l.	p	d Cohen
Difusión de la Identidad	No reincidencia	42,84	23,33	-1,87	129	NS	
	Reincidencia	50,56	23,50				
<b>Desvalorización de sí mismo</b>	No reincidencia	42,16	20,50	-2,07	129	<b>,040</b>	0,37
	<b>Reincidencia</b>	49,99	22,16				
Desagrado por propio cuerpo	No reincidencia	43,93	20,53	,27	129	NS	
	Reincidencia	42,95	21,24				
<b>Incomodidad respecto al sexo</b>	<b>No reincidencia</b>	53,90	23,65	2,96	129	<b>,004</b>	0,52
	Reincidencia	41,37	24,40				
<b>Inseguridad con iguales</b>	<b>No reincidencia</b>	48,03	17,31	3,02	129	<b>,003</b>	0,53
	Reincidencia	39,04	16,64				
Insensibilidad Social	No reincidencia	75,74	24,11	-,82	129	NS	
	Reincidencia	79,47	27,23				
Discordancia Familiar	No reincidencia	52,79	21,75	-1,23	129	NS	
	Reincidencia	57,56	22,07				

Abusos en la infancia	No reincidencia	53,95	25,44	-4,52	129	NS	
	Reincidencia	55,90	23,87				

Tabla 18: Comparación grupos Reincidente vs. No reincidente en el MACI (Preocupaciones Expresadas)

La comparación de ambos grupos en los **síndromes clínicos** recogidos en el MACI (tabla 19), nos muestra la obtención de diferencias significativas con la prueba t de Student en los síndromes “Inclinación al abuso de sustancias” y “Propensión a la Impulsividad”, siendo estos problemas más frecuentes de un modo significativo en el grupo de menores reincidentes.

En cuanto al tamaño de efecto de ambas variables “Inclinación al abuso de sustancias” y “Propensión a la Impulsividad”, ambas obtienen valores moderados.

MACI SÍNDROMES CLÍNICOS	Grupo	Media	DT	t	g.l.	p	d Cohen
Trastornos de la alimentación	No reincidencia	44,00	20,46	-,99	129	NS	
	Reincidencia	47,26	17,41				
<b>Inclinación al abuso de sustancias</b>	No reincidencia	62,71	24,96	-3,52	129	<b>,001</b>	0,62
	<b>Reincidencia</b>	78,38	25,57				
Predisposición a la delincuencia	No reincidencia	75,64	24,33	-1,67	129	NS	
	Reincidencia	82,63	23,20				
<b>Propensión a la impulsividad</b>	No reincidencia	52,45	25,38	-3,25	129	<b>,001</b>	0,57
	<b>Reincidencia</b>	68,11	28,93				
Sentimientos de ansiedad	No reincidencia	38,12	24,08	1,98	129	NS	
	Reincidencia	30,36	20,78				
Afecto depresivo	No reincidencia	38,07	21,82	-1,69	129	NS	
	Reincidencia	44,59	22,04				
Tendencia al suicidio	No reincidencia	45,33	17,67	-1,86	129	NS	
	Reincidencia	51,67	20,67				

Tabla 19: Comparación grupos Reincidente vs. No reincidente en el MACI (Síndromes Clínicos)

### 3.2.1.2. Delitos violentos vs no violentos

Con el fin de determinar si el tipo de delito (violento vs no violento) tenía relación con diversas variables recogidas en el CRIM-M (edad, internamientos previos, número total de expedientes/delito y número de problemas de salud mental presentes en el menor), IGI-J (nivel de riesgo total y factores específicos de riesgo), y las distintas escalas del MACI (rasgos, preocupaciones y síndromes clínicos), dividimos la muestra en dos grupos de menores, uno integrado por aquellos adolescentes que habían cometido al menos un delito violento y el otro grupo integrado por aquellos menores de la muestra que no tenían registrados delitos violentos en su historial.

Se tipificaron como delitos violentos aquellos que en la descripción y calificación de los hechos establezcan el empleo de violencia o intimidación en las personas o actuado con grave riesgo para la vida o integridad física de las mismas. Atendiendo a este criterio, se entendieron por delitos violentos los siguientes: robo con violencia e intimidación, homicidio, agresión sexual, asesinato, agresión, lesiones, maltrato familiar, violencia de género, amenazas, detención ilegal-secuestro y resistencia a la autoridad.

Tras dividir la muestra en función de este criterio, en el primer grupo (“No violento”) se incluyeron 43 sujetos y en el segundo grupo (“Sí violento”), 108 menores. En las tablas 20, 21, 22 y 23, se presentan los resultados obtenidos tras comparar ambos grupos en las variables recogidas en cada uno de los instrumentos (CRIM-M, IGI-J y MACI), mostrándose las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones para cada uno de los dos grupos, así como los resultados de la prueba t de Student efectuada para determinar si existen diferencias significativas entre ambos grupos y el tamaño del efecto (d de Cohen).

En la tabla 20, se presenta la comparación entre ambos grupos en relación a las variables recogidas en el CRIM-M (Cuadernillo de Recogida de Información del Menor). Los resultados de la prueba t de Student obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las variables “Internamientos previos” (con un tamaño del efecto moderado) “Número total de Expedientes/Delitos” (con un tamaño del efecto

bajo) y “Número de problemas de salud mental presentes en el menor” (con un tamaño del efecto moderado). Apuntando con ello que el grupo violento se diferencia del no violento por contar con mayor número de internamientos, mayor número de expedientes/delitos en su historial y mayor número de problemas de salud mental.

Las variables “Delitos violentos en su historial” y “Delitos no violentos en su historial”, no se incluyeron porque son las variables que dividen a ambos grupos.

CRIM-M	Grupo	Media	DT	t	g.l.	p	Cohen
Edad	NO VIOLENTO	17,00	1,25	,000	149	NS	
	SÍ VIOLENTO	17,00	1,43				
	SÍ VIOLENTO	1,40	2,34				
Internamientos Previos	NO VIOLENTO	,07	,26	-4,27	145,30	,000	0,65
	SÍ VIOLENTO	,35	,55				
Nº Total de Expedientes judiciales/Delitos	NO VIOLENTO	2,23	2,03	-2,82	121,20	,006	0,46
	SÍ VIOLENTO	3,47	3,24				
Número de problemas de salud mental presentes en el menor	NO VIOLENTO	,33	,71	-3,99	123,92	,000	0,64
	SÍ VIOLENTO	,95	1,16				

Tabla 20: Comparación grupos No violento vs. Sí violento en el CRIM-M

En cuanto a la comparación de ambos grupos en relación a la predicción del riesgo de reincidencia medida con el IGI-J (ver tabla 21), los resultados de la prueba t de Student obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la variable que mide el nivel de riesgo total (“NR Total”) (con un tamaño del efecto alto), así como en los siguientes factores específicos: delitos y medidas pasadas y actuales (con un tamaño del efecto moderado), pautas educativas (con un tamaño del efecto bajo), educación formal/empleo (con un tamaño del efecto moderado), Ocio/Diversión (con un tamaño del efecto moderado), Personalidad/conducta (con un tamaño del efecto bajo, aunque muy cerca del moderado) y Valores y creencias (con un tamaño del efecto bajo).

Estas diferencias describen a los menores del grupo violentos con diferencias significativas en el nivel de riesgo de reincidencia total, con mayor puntuación de riesgo en el factor de delitos y medidas judiciales, peores pautas educativas, más déficits en educación formal/empleo, niveles de riesgo más alto en ocio/diversión, así como en las áreas de personalidad/ conducta y en el ámbito de los valores y creencias.

No se aprecian diferencias significativas en el área o factor de riesgo relacionado con el grupo de iguales y el consumo de sustancias.

IGI-J	Grupo	Media	DT	<i>t</i>	g.l.	p	Cohen
<b>NR Delitos y medidas pasadas y actuales</b>	NO VIOLENTO	,77	1,17	-3,86	98,99	<b>,000</b>	0,65
	SÍ VIOLENTO	1,65	1,51				
<b>NR Pautas Educativas</b>	NO VIOLENTO	2,72	1,60	-2,06	149	<b>,041</b>	0,34
	SÍ VIOLENTO	3,36	1,8				
<b>NR Educación Formal/Empleo</b>	NO VIOLENTO	2,04	1,89	-3,02	149	<b>,003</b>	0,55
	SÍ VIOLENTO	3,15	2,09				
NR Relación con el grupo de iguales	NO VIOLENTO	2,18	1,20	-1,55	87,6	NS	
	SÍ VIOLENTO	2,54	1,38				
NR Consumo de sustancias	NO VIOLENTO	1,74	1,73	-1,96	149	NS	
	SÍ VIOLENTO	2,36	1,74				
<b>NR Ocio/Diversión</b>	NO VIOLENTO	1,60	1,07	-2,72	149	<b>,007</b>	0,50
	SÍ VIOLENTO	2,13	1,07				
<b>NR Personalidad/Conducta</b>	NO VIOLENTO	2,11	1,70	-2,65	149	<b>,009</b>	0,48
	SÍ VIOLENTO	2,94	1,74				
<b>NR Actitudes, valores y creencias</b>	NO VIOLENTO	1,32	1,57	-2,23	149	<b>,027</b>	0,41
	SÍ VIOLENTO	1,98	1,65				
<b>NR TOTAL</b>	NO VIOLENTO	14,58	8,73	-3,16	149	<b>,002</b>	0,59
	SÍ VIOLENTO	20,10	10,03				

Tabla 21: Comparación grupos No violento vs. Sí violento en el IGI-J

Los resultados de la comparación entre ambos grupos en los distintos apartado del MACI se recogen en las tablas 22 (Rasgos de Personalidad), 23 (Preocupaciones Expresadas) y 24 (Síndromes Clínicos). De los 12 rasgos prototípicos de personalidad, se obtienen diferencias significativas con la prueba *t* de Student en tres de ellos, “Pesimista” “Autopunitivo” y “Tendencia límite”, con tamaños del efecto bajos, siendo nuevamente el grupo violento el que mayores puntuaciones presenta en estas variables (ver tabla 22).

MACI RASGOS PERSONALIDAD	Grupo	Media	DT	<i>t</i>	g.l.	p	Cohen
Introvertido	NO VIOLENTO	34,36	18,94	-,629	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	36,74	20,13				
Inhibido	NO VIOLENTO	31,74	17,99	-1,47	129	NS	

	SÍ VIOLENTO	37,34	20,60				
<b>Pesimista</b>	NO VIOLENTO	39,80	17,04	-2,28	129	<b>,024</b>	0,42
	SÍ VIOLENTO	47,20	16,94				
Sumiso	NO VIOLENTO	42,92	22,25	-,35	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	44,55	24,99				
Histriónico	NO VIOLENTO	74,51	24,55	1,10	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	68,62	29,30				
Egocéntrico	NO VIOLENTO	76,54	25,72	1,91	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	65,76	30,92				
Rebelde	NO VIOLENTO	67,95	23,78	-,24	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	69,10	25,05				
Rudo	NO VIOLENTO	54,62	19,22	-,39	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	56,42	25,34				
Conformista	NO VIOLENTO	63,21	27,05	1,16	87,52	NS	
	SÍ VIOLENTO	56,75	33,34				
Oposicionista	NO VIOLENTO	48,31	20,15	-1,54	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	54,85	22,96				
<b>Autopunitivo</b>	NO VIOLENTO	36,92	17,74	-2,35	129	<b>,020</b>	0,46
	SÍ VIOLENTO	45,52	19,69				
<b>Tendencia Límite</b>	NO VIOLENTO	39,82	18,32	-2,12	129	<b>,036</b>	0,43
	SÍ VIOLENTO	48,73	23,28				

Tabla 22: Comparación No violento vs. Sí violento en el MACI (Rasgos Personalidad)

En el apartado de “Preocupaciones Expresadas” (ver tabla 23), integrado por 8 variables, encontramos diferencias significativas con la *t* de Student en “Insensibilidad Social” (con un tamaño del efecto moderado) y “Abusos en la Infancia” (con un tamaño del efecto bajo). Si bien, dichas diferencias van en la dirección de mayores puntuaciones relacionadas con insensibilidad social en el grupo no violento, y de abusos en la infancia en el grupo violento.

MACI PREOCUPACIONES EXPRESADAS	Grupo	Media	DT	t	g.l.	p	Cohen
Difusión de la Identidad	NO VIOLENTO	45,38	20,12	-,55	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	47,89	25,06				
Desvalorización de sí mismo	NO VIOLENTO	41,59	17,20	-1,70	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	48,61	23,13				
Desagrado por propio cuerpo	NO VIOLENTO	41,54	19,85	-,65	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	44,16	21,32				



Incomodidad respecto al sexo	NO VIOLENTO	45,54	22,19	-,41	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	47,50	25,89				
Inseguridad con iguales	NO VIOLENTO	43,00	17,82	-,01	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	43,03	17,40				
<b>Insensibilidad Social</b>	NO VIOLENTO	87,23	21,11	2,78	129	<b>,006</b>	0,56
	SÍ VIOLENTO	73,83	26,74				
Discordancia Familiar	NO VIOLENTO	51,56	17,78	-1,47	93,38	NS	
	SÍ VIOLENTO	57,10	23,42				
<b>Abusos en la infancia</b>	NO VIOLENTO	47,59	24,47	-2,30	129	<b>,023</b>	0,44
	SÍ VIOLENTO	58,20	23,95				

Tabla 23: Comparación grupos No violento vs. Sí violento en el MACI (Preocupaciones Expresadas)

Por último, la comparación de ambos grupos en relación a los síndromes clínicos recogidos en el MACI (tabla 24), únicamente se obtienen diferencias significativas con la prueba t de Student en la variable “Afecto depresivo”, siendo las características de esta variable medida por el instrumento mayores en el grupo violento, con un tamaño del efecto bajo..

MACI SÍNDROMES CLÍNICOS	Grupo	Media	DT	t	g.l.	p	Cohen
Trastornos de la alimentación	NO VIOLENTO	42,08	20,49	-1,48	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	47,40	17,94				
Inclinación al abuso de sustancias	NO VIOLENTO	67,92	23,83	-,99	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	72,93	27,40				
Predisposición a la delincuencia	NO VIOLENTO	82,00	22,18	,77	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	78,49	24,60				
Propensión a la impulsividad	NO VIOLENTO	59,10	26,38	-,54	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	62,05	29,32				
Sentimientos de ansiedad	NO VIOLENTO	32,36	22,43	-,47	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	34,40	22,69				
<b>Afecto depresivo</b>	NO VIOLENTO	35,13	20,18	-2,25	129	<b>,026</b>	0,44
	SÍ VIOLENTO	44,49	22,40				
Tendencia al suicidio	NO VIOLENTO	44,03	19,05	-1,85	129	NS	
	SÍ VIOLENTO	50,91	19,55				

Tabla 24: Comparación grupos No violento vs. Sí violento en el MACI (Síndromes Clínicos)

### 3.2.1.3. Internamientos vs. Medio Abierto

La última comparación de grupo se dirige a explorar las diferencias en la muestra en función del tipo de medida (privativas de libertad vs no privativas), analizando las variables recogidas por el CRIM-M, IGI-J y MACI.

Con este propósito dividimos la muestra en dos grupos, aquellos menores que en relación al delito y medida actual en ejecución se encontraran cumpliendo una medida privativa de libertad se incluyeron dentro del grupo “Internamiento”, frente a los menores de la muestra cuya medida en ejecución era de carácter no privativa de libertad, que fueron incluidos en el grupo “Medio Abierto”.

Tras dividir la muestra en función de este criterio, el grupo de “Internamiento” incluyó 84 menores, y el grupo “Medio Abierto” 67 menores. En la tablas 25, 26, 27, 28 y 29, se presentan los resultados obtenidos tras comparar ambos grupos en las variables recogidas en cada uno de los instrumentos (CRIM-M, IGI-J y MACI), mostrándose las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones para cada uno de los dos grupos, así como los resultados de la pruebas t de Student efectuada para determinar si existen diferencias significativas entre ambos grupos y la de de Cohen para determinar el tamaño del efecto

En la tabla 25, se presenta la comparación entre ambos grupos en relación a las variables recogidas en el CRIM-M (Cuadernillo de Recogida de Información del Menor). Los resultados de la prueba t de Student obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables menos en una, la referida a la “Edad”. En todas las demás variables medidas por el CRIM-M se obtienen diferencias significativas, “Delitos violentos en su historial” (con un tamaño del efecto alto), “Delitos no violentos en su historial” (con un tamaño del efecto bajo), “Internamientos previos” (con un tamaño del efecto bajo), “Número total de Expedientes/Delitos” (con un tamaño del efecto alto) y “Número de problemas de salud mental presentes en el menor” (con un tamaño del efecto alto),

Estas diferencias entre los menores de la muestra que cumplen medidas de internamiento frente a los que ejecutan medidas en medio abierto, apuntan a describir a los menores con medidas privativas con una tendencia más frecuente a presentar en su historial delitos violentos y no violentos, internamientos previos, mayor número de expedientes/delitos en su historial y mayor número de problemas de salud mental.

CRIM-M	Grupo	Media	DT	t	g.l.	p	Cohen
Edad	Internamiento	16,94	1,53	-,59	149	NS	
	Medio Abierto	17,07	1,16				
<b>Delitos Violentos en su historial</b>	<b>Internamiento</b>	2,11	2,01	5,78	117,14	<b>,000</b>	0,91
	Medio Abierto	,70	,85				
<b>Delitos No Violentos en su historial</b>	<b>Internamiento</b>	2,05	2,71	2,68	132,42	<b>,008</b>	0,43
	Medio Abierto	1,12	1,46				
<b>Internamientos Previos</b>	<b>Internamiento</b>	,36	,55	2,46	148,39	<b>,015</b>	0,41
	Medio Abierto	,16	,41				
<b>Nº Total de Expedientes judiciales/Delitos</b>	<b>Internamiento</b>	4,15	3,48	5,58	115,55	<b>,000</b>	0,88
	Medio Abierto	1,82	1,43				
<b>Número de problemas de salud mental presentes en el menor</b>	<b>Internamiento</b>	1,28	1,20	8,126	102,62	<b>,000</b>	1,28
	Medio Abierto	,14	,39				

Tabla 25: Comparación grupos Internamiento vs. Medio Abierto en el CRIM-M

En cuanto a la comparación de ambos grupos (Internamiento vs Medio Abierto), en relación a la predicción del riesgo de reincidencia medida con el IGI-J (ver tabla 26), los resultados de la prueba t de Student obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables o factores que componen este inventario de riesgo.

Estas diferencias significativas indican que el grupo de internamiento presenta puntuaciones mayores en el nivel de riesgo total del IGI-J, así como en las 8 áreas específicas: 1) delitos y medidas pasadas y actuales 2) pautas educativas 3) educación formal/empleo 4) relación con el grupo de iguales 5) consumo de sustancias 6) ocio/diversión 7) personalidad/ conducta 8) Actitudes, valores y creencias. En todos los casos se obtuvieron tamaños del efecto altos.

IGI-J	Grupo	Media	DT	t	g.l.	p	Cohen
<b>NR Delitos y medidas pasadas y actuales</b>	<b>Internamiento</b>	1,90	1,54	5,22	147,62	<b>,000</b>	0,84
	Medio Abierto	,77	1,11				
<b>NR Pautas Educativas</b>	<b>Internamiento</b>	3,75	1,56	4,83	149	<b>,000</b>	0,79
	Medio Abierto	2,46	1,69				
<b>NR Educación Formal/Empleo</b>	<b>Internamiento</b>	3,77	1,88	7,06	149	<b>,000</b>	1,17
	Medio Abierto	1,67	1,72				
<b>NR Relación con el grupo de iguales</b>	<b>Internamiento</b>	2,97	1,19	6,24	149	<b>,000</b>	1,02
	Medio Abierto	1,76	1,18				
<b>NR Consumo de sustancias</b>	<b>Internamiento</b>	3,00	1,65	7,43	149	<b>,000</b>	1,24
	Medio Abierto	1,16	1,29				
<b>NR Ocio/Diversión</b>	<b>Internamiento</b>	2,53	,78	8,50	149	<b>,000</b>	1,38
	Medio Abierto	1,28	1,02				
<b>NR Personalidad/Conducta</b>	<b>Internamiento</b>	3,51	1,55	7,26	149	<b>,000</b>	1,20
	Medio Abierto	1,70	1,47				
<b>NR Actitudes, valores y creencias</b>	<b>Internamiento</b>	2,63	1,48	8,65	148,96	<b>,000</b>	1,41
	Medio Abierto	,74	1,19				
<b>NR TOTAL</b>	<b>Internamiento</b>	24,07	8,19	9,75	149	<b>,000</b>	1,61
	Medio Abierto	11,58	7,32				

Tabla 26: Comparación grupos Internamiento vs. Medio Abierto en el IGI-J

Los resultados de la comparación entre ambos grupos en los distintos apartado del MACI se recogen en las tablas 27 (Rasgos de Personalidad), 28 (Preocupaciones Expresadas) y 29 (Síndromes Clínicos). De los 12 rasgos prototípicos de personalidad, se obtienen diferencias significativas con la prueba *t* de Student en ocho de ellos, “Inhibido” (con un tamaño del efecto bajo), “Pesimista” (con un tamaño del efecto moderado), “Egocéntrico” (con un tamaño del efecto bajo), “Rebelde” (con un tamaño del efecto bajo), “Conformista” (con un tamaño del efecto bajo), “Oposicionista” (con un tamaño del efecto bajo), “Autopunitivo” (con un tamaño del efecto moderado) y “Tendencia límite” (con un tamaño del efecto moderado).

Las diferencias significativas apunta a describir al grupo con medidas de internamiento con mayores características asociadas a los rasgos “**Inhibido**” “**Pesimista**”, “**Rebelde**”, “**Oposicionistas**”, “**Autopunitivos**” y “**Tendencias límites**”, relacionándose la mayoría de estos rasgos con mayor probabilidad de tener problemas de estado de ánimo, conducta, autorregulación e impulsividad. Frente a este grupo, los

de medio abierto (libertad vigilada y prestaciones socioeducativas), se caracteriza por presentar puntuaciones más elevadas en “**Egocéntrico**” y “**Conformista**”.

MACI RASGOS PERSONALIDAD	Grupo	Media	DT	t	g.l.	p	Cohen
Introvertido	Internamiento	36,98	20,28	,55	129	NS	
	Medio Abierto	35,06	19,29				
<b>Inhibido</b>	<b>Internamiento</b>	39,29	21,99	2,12	129	<b>,036</b>	0,37
	Medio Abierto	32,00	17,04				
<b>Pesimista</b>	<b>Internamiento</b>	50,02	16,68	3,50	129	<b>,001</b>	0,61
	Medio Abierto	39,89	16,38				
Sumiso	Internamiento	44,82	25,43	,35	129	NS	
	Medio Abierto	43,31	22,90				
Histriónico	Internamiento	67,24	30,83	-1,29	123,77	NS	
	Medio Abierto	73,55	24,64				
<b>Egocéntrico</b>	Internamiento	62,88	31,21	-2,40	129	<b>,018</b>	0,42
	<b>Medio Abierto</b>	75,15	27,12				
<b>Rebelde</b>	<b>Internamiento</b>	73,05	23,77	2,03	129	<b>,044</b>	0,36
	Medio Abierto	64,40	24,83				
Rudo	Internamiento	57,76	24,68	,91	129	NS	
	Medio Abierto	53,98	22,53				
<b>Conformista</b>	Internamiento	52,62	31,01	-2,24	129	<b>,027</b>	0,39
	<b>Medio Abierto</b>	64,82	31,31				
<b>Oposicionista</b>	<b>Internamiento</b>	56,97	22,12	2,13	129	<b>,035</b>	0,37
	Medio Abierto	48,77	21,86				
<b>Autopunitivo</b>	<b>Internamiento</b>	49,14	18,67	3,85	129	<b>,000</b>	0,67
	Medio Abierto	36,69	18,34				
<b>Tendencia Límite</b>	<b>Internamiento</b>	52,38	21,68	3,39	129	<b>,001</b>	0,63
	Medio Abierto	39,68	21,07				

Tabla 27: Comparación grupos Internamiento vs. Medio Abierto en el MACI (Rasgos Personalidad)

En “Preocupaciones Expresadas” (ver tabla 28), se obtienen diferencias significativas con la *t* de Student en “Difusión de la Identidad” (con un tamaño del efecto bajo), “Desvalorización de sí mismo” (con un tamaño del efecto moderado), “Incomodidad respecto al sexo” (con un tamaño del efecto bajo), “Insensibilidad Social” (con un tamaño del efecto bajo, aunque muy cerca del moderado) y “Abusos en la Infancia” (con un tamaño del efecto moderado). Dichas diferencias van en la

dirección de puntuaciones mayores del grupo de Medio Abierto en “Incomodidad respecto al sexo” e “Insensibilidad Social”, frente al grupo Internamiento que se caracterizaría en mayor medida por “Difusión de la Identidad”, “Desvalorización de sí mismo” y “Abusos en la infancia”.

MACI PREOCUPACIONES EXPRESADAS	Grupo	Media	DT	t	g.l.	p	Cohen
<b>Difusión de la Identidad</b>	<b>Internamiento</b>	51,61	23,61	2,20	129	<b>,029</b>	0,39
	Medio Abierto	42,62	22,99				
<b>Desvalorización de sí mismo</b>	<b>Internamiento</b>	52,38	22,64	3,22	129	<b>,002</b>	0,56
	Medio Abierto	40,57	19,12				
Desagrado por propio cuerpo	Internamiento	46,58	23,05	1,78	129	NS	
	Medio Abierto	40,14	17,96				
<b>Incomodidad respecto al sexo</b>	Internamiento	42,58	23,64	-2,04	129	<b>,043</b>	0,36
	<b>Medio Abierto</b>	51,32	25,31				
Inseguridad con iguales	Internamiento	43,24	19,23	,14	124,5	NS	
	Medio Abierto	42,80	15,61				
<b>Insensibilidad Social</b>	Internamiento	71,80	26,10	-2,75	129	<b>,007</b>	0,48
	<b>Medio Abierto</b>	83,92	24,32				
Discordancia Familiar	Internamiento	57,83	23,43	1,25	129	NS	
	Medio Abierto	53,03	20,28				
<b>Abusos en la infancia</b>	<b>Internamiento</b>	62,61	25,23	3,73	129	<b>,000</b>	0,65
	Medio Abierto	47,35	21,30				

Tabla 28: Comparación grupos Internamiento vs. Medio Abierto en el MACI (Preocupaciones Expresadas)

La comparación de ambos grupos en los síndromes clínicos recogidos en el MACI (tabla 29), muestra diferencias significativas con la prueba t de Student en los síndromes “Trastornos de la alimentación” (con un tamaño del efecto bajo), “Inclinación al abuso de sustancias” (con un tamaño del efecto alto), “Afecto depresivo” (con un tamaño del efecto moderado) y “Tendencia al suicidio” (con un tamaño del efecto moderado), siendo estos problemas más frecuentes de un modo significativo en el grupo de menores con medidas de internamiento.

MACI SÍNDROMES CLÍNICOS	Grupo	Media	DT	t	g.l.	p	Cohen
<b>Trastornos de la</b>	<b>Internamiento</b>	49,55	18,44	2,32	129	<b>,022</b>	0,41

<b>alimentación</b>	Medio Abierto	42,03	18,57				
<b>Inclinación al abuso de sustancias</b>	<b>Internamiento</b>	78,91	25,78	3,39	129	<b>,001</b>	1,99
	Medio Abierto	63,86	24,96				
Predisposición a la delincuencia	Internamiento	77,39	24,09	-1,03	129	NS	
	Medio Abierto	81,71	23,63				
Propensión a la impulsividad	Internamiento	65,35	28,63	1,70	129	NS	
	Medio Abierto	56,94	27,76				
Sentimientos de ansiedad	Internamiento	32,44	22,22	-,69	129	NS	
	Medio Abierto	35,17	22,97				
<b>Afecto depresivo</b>	<b>Internamiento</b>	48,30	22,61	3,59	129	<b>,000</b>	0.63
	Medio Abierto	35,00	19,57				
<b>Tendencia al suicidio</b>	<b>Internamiento</b>	54,36	19,80	3,36	129	<b>,001</b>	0,59
	Medio Abierto	43,28	17,83				

Tabla 29: Comparación grupos Internamiento vs. Medio Abierto en el MACI (Síndromes Clínicos).

### 3.2.2. Análisis de la relación entre la puntuación total del IGI-J y las variables de interés clínico del CRIM-M y MACI

En este apartado analizamos las relaciones entre la puntuación global (IGI-J Total) obtenida por los menores en la muestra y aquellas variables de interés clínico recogidas en el CRIM-M (“número de problemas de salud mental”), así como en los tres apartados que componen el MACI (Rasgos prototípicos de personalidad, Preocupaciones expresadas y Síndromes clínicos). Para este propósito efectuamos un análisis de correlaciones cuyos resultados se recogen en las tablas 30, 31, 32 y 33.

Las correlaciones entre la puntuación global total del IGI-J y las variables recogidas en el CRIM-M, la que se relaciona con las necesidades de salud mental de los menores, “número de problemas de salud mental presentes en el menor” (ver tabla 30), presenta una correlación significativa. Asimismo, el resto de variables del CRIM-M también presentan correlaciones significativas con el IGI-Total.

	1	2	3	4	5	6
1. IGI TOTAL	--	,427**	,391**	,403**	,548**	,465**
2. N° Delitos violentos en su historial		--	,086	,487**	,649**	,287**
3. N° Delitos No violentos en su historial			--	,296**	,814**	,053
4. Internamientos previos				--	,510**	,188*
5. Número Total de Expedientes					--	,208*
6. Número de Problemas de Salud Mental						--

Tabla 30: Correlaciones IGI Total- CRIM-M

En cuanto al análisis de las correlaciones entre la variable IGI Total y las variables recogidas dentro del apartado de rasgos prototípicos de personalidad del MACI, se obtienen correlaciones estadísticamente significativas entre la puntuación global en el inventario de riesgo de reincidencia delictiva y los rasgos “Pesimista”, “Sumiso”, “Egocéntrico”, “Rebelde”, “Rudo”, “Conformista”, “Oposicionista”, “Autopunitivo” y “Tendencia Límite, como se puede ver en la tabla 31.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. IGI TOTAL	--	,121	-,009	,316**	-,310**	-,145	-,206*	,382**	,278**	-,451**	,357**	,338**	,399**
2. Introverso		--	,594**	,548**	,111	-,637**	-,597**	-,073	,147	-,340**	,498**	,541**	,423**
3. Inhibido			--	,592**	,398**	-,764**	-,738**	-,411**	-,162	-,140	,300**	,618**	,347**
4. Pesimista				--	,031	-,589**	-,653**	,078	,178*	-,565**	,682**	,747**	,651**
5. Sumiso					--	-,084	-,194*	-,705**	-,704**	,553**	-,403**	-,021	-,241**
6. Histriónico						--	,858**	,184*	-,021	,407**	-,509**	-,616**	-,447**
7. Egocéntrico							--	,147	,018	,428**	-,499**	-,690**	-,558**
8. Rebelde								--	,709**	-,650**	,443**	,211*	,419**
9. Rudo									--	-,671**	,553**	,301**	,473**
10. Conformista										--	-,833**	-,642**	-,755**
11. Oposicionista											--	,671**	,730**
12. Autopunitivo												--	,773**
13. Tendencia Límite													--

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05

Tabla 31: Correlaciones IGI Total- Rasgos Personalidad (MACI)

Dentro del apartado de Preocupaciones Expresadas del inventario clínico de Millon, se obtienen correlaciones estadísticamente significativas con la variable IGI Total en cinco de las ocho variables (ver tabla 32), siendo estas las siguientes: “Difusión de la identidad”, “Desvalorización de sí mismo”, “Incomodidad respecto al sexo”, “Inseguridad con iguales”, “Discordancia familiar” y “Abusos en la infancia” (ver tabla 41). No resultando significativas las correlaciones con las variables “Desagrado por el propio cuerpo”, “Inseguridad con iguales” e “Insensibilidad social”.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. IGI TOTAL	--	,355**	,261**	,044	-,347**	-,169	,049	,235**	,244**
2. Difusión de la identidad		--	,655**	,326**	-,406**	,155	-,028	,330**	,466**
3. Desvalorización de sí mismo			--	,661**	-,170	,362**	-,442**	,264**	,634**
4. Desagrado por propio cuerpo				--	,053	,343**	-,344**	,130	,483**
5. Incomodidad respecto al sexo					--	,254**	-,280**	-,402**	,008
6. Inseguridad con iguales						--	-,355**	-,246**	,344**
7. Insensibilidad Social							--	,299**	-,252**
8. Discordancia Familiar								--	,353**
9. Abusos en la infancia									--

Tabla 32: Correlaciones IGI Total- Preocupaciones Expresadas (MACI)

Por último, de las variables recogidas en el apartado de síndromes clínicos se obtienen correlaciones significativas con la variable IGI Total en “Inclinación al abuso de sustancias”, “Propensión a la Impulsividad”, “Sentimientos de ansiedad”, “Afecto depresivo” y “Tendencia al suicidio”, tal y como puede verse en la tabla 33

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. IGI TOTAL	--	,092	,450**	,169	,355**	-,392**	,239**	,352**
2. Trastornos de la alimentación		--	,261**	-,207*	,162	,177*	,650**	,561**
3. Inclinación abuso de sustancias			--	,612**	,805**	-,632**	,309**	,417**
4. Predisposición a la delincuencia				--	,640**	-,759**	-,347**	-,124
5. Propensión a la Impulsividad					--	-,631**	,184*	,263**
6. Sentimientos de ansiedad						--	,199*	-,007

7. Afecto	
Depresivo	-- ,820**
8. Tendencia al	
Suicidio	--

Tabla 33: Correlaciones IGI Total- Síndromes Clínicos (MACI)

### 3.2.3. Análisis de regresión múltiple

En este apartado llevamos a cabo diversos análisis de regresión, empleando aquellas variables que en nuestro análisis anterior de correlaciones obtuvieron diferencias significativas. Es decir, seleccionamos aquellas variables del CRIM-M y MACI, en los que se obtuvo diferencias significativas cuando se analizó su relación con la predicción del nivel de riesgo obtenido con la puntuación global del IGI-J.

El análisis de regresión múltiple empleado es el método “stepwise” o paso a paso, como su nombre indica, la construcción de la correspondiente ecuación se realiza seleccionando las variables una a una. De esta manera se pretende buscar de entre todas las posibles variables explicativas aquellas que más y mejor expliquen a la variable dependiente, en nuestro caso el nivel de riesgo de reincidencia medido con el IGI-J.

En el primer análisis de regresión encontramos que los mejores predictores del nivel de riesgo global obtenido en el IGI-J (NR Total), respecto a las variables del CRIM-M en las que se obtuvieron correlaciones significativas, son el “número total de expedientes que presenta el menor” y “número de problemas de salud mental”. Se encontró una ecuación de regresión significativa ,  $F(2,146)=54,674, p<0.000$ , con un coeficiente de determinación de 0,420.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
		B	Error típico	Beta		
1	(Constante)	12,886	0,994		12,959	0,000
	Nº total de expedientes	1,821	0,230	-0,547	7,917	0,000
2	(Constante)	11,073	0,955		11,598	0,000
	Nº total de expedientes	1,821	0,213	-0,470	7,353	0,000
	Nº problemas de salud mental	3,375	0,587	-0,368	5,747	0,000

**Tabla 34.** Análisis de regresión paso a paso (Stepwise) que muestra los mejores predictores de la reincidencia total NR-Total respecto a las variables del CRIM-M: Delitos violentos en el historial, delitos no violentos, internamientos previos, nº total de expedientes judiciales y número de problemas de salud mental.

En el segundo análisis de regresión, los mejores predictores de reincidencia delictiva respecto a las variables de personalidad del MACI que mostraron correlaciones significativas, obtienen un único predictor, el referido al rasgo conformista. De hecho, la ecuación resultante considera esta variable como factor protector, relacionada de un modo negativo con reincidencia delictiva, siendo esta ecuación de regresión significativa,  $F(1,129)=32,932, p<0.000$ , con un coeficiente de determinación de 0,197.

En este punto tenemos que destacar que pese a las correlaciones significativas obtenidas en los rasgos pesimista, sumiso, egocéntrico, rebelde, rudo, opositorista, Autopunitivo y límite, ninguno de estos factores se muestran en la ecuación como predictores de reincidencia delictiva.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
		B	Error típico	Beta		
1	(Constante)	26,018	1,643		15,832	0,000
	Conformista	-0,142	0,025	-0,451	-5,739	0,000

**Tabla 35.** *Análisis de regresión paso a paso (Stepwise) que muestra los mejores predictores de la reincidencia total NR-Total respecto a las variables de personalidad del MACI*

En siguiente análisis de regresión (ver tabla 36), muestra los mejores predictores del nivel de riesgo obtenido en la puntuación global del IGI-J, en relación a las variables del MACI recogidas en el apartado de Preocupaciones expresadas, y en las que el análisis de correlaciones mostraron diferencias significativas (Difusión de la identidad, desvalorización de sí mismo, incomodidad respecto al sexo, discordancia familiar y abusos en la infancia). Se encontró una ecuación de regresión significativa,  $F(2,128)=13,563, p<0.000$ , con un coeficiente de determinación de 0,162.

La ecuación de regresión obtiene como mejores predictores las variables “Difusión de la identidad” e “Incomodidad respecto al sexo”. La primera de ellas como un factor predictor de riesgo de reincidencia y la segunda como factor protector

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
		B	Error típico	Beta		
1	(Constante)	10,690	1,822		5,866	0,000
	Difusión de la Identidad	0,149	0,035	0,355	4,306	0,000
2	(Constante)	17,208	2,954		5,826	0,000
	Difusión de la Identidad	0,107	0,037	0,256	2,912	0,004
	Incomodidad respecto al sexo	-0,097	0,035	-0,243	-2,763	0,007

Tabla 36. *Análisis de regresión paso a paso (Stepwise) que muestra los mejores predictores de la reincidencia total NR-Total respecto a las variables del apartado Preocupaciones Expresada del MACI*

En el tercero de los análisis de regresión, los mejores predictores de riesgo de reincidencia de la puntuación total del IGI-J, respecto a los síndromes clínicos del MACI que mostraron correlaciones significativas, obtienen una modelo con dos predictores, siendo el primero de ellos “la inclinación al abuso de sustancias” y el segundo “Tendencia al suicidio” (ver tabla 37). Se encontró una ecuación de regresión significativa,  $F(2,128)=19,662, p<0.000$ , con un coeficiente de determinación de 0,223.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
		B	Error típico	Beta		
1	(Constante)	5,618	2,254		2,493	0,014
	Inclinación al abuso de sustancia	0,169	0,030	0,450	5,717	0,000
2	(Constante)	2,911	2,498		1,165	0,246
	Inclinación al abuso de sustancia	0,138	0,032	0,367	4,310	0,000
	Tendencia al suicidio	0,101	0,043	0,199	2,345	0,021

Tabla 37. *Análisis de regresión paso a paso (Stepwise) que muestra los mejores predictores de la reincidencia total NR-Total respecto a las variables del área Síndromes Clínicos del MACI*

Para finalizar, nos propusimos analizar el valor predictivo de aquellas variables que habían obtenido valor predictivo en los análisis anteriores. Es decir, incluimos en el análisis variables del CRIM-M y del MACI conjuntamente. Este análisis mostró que los mejores predictores del nivel de riesgo global obtenido en el IGI-J (NR Total), respecto de las variables en las que se obtuvieron correlaciones significativas, tanto del CRIM-M, como en las distintas áreas exploradas del MACI, obtienen un modelo con tres predictores, siendo el primero de ellos el “número total de expediente”, seguido del rasgo “Conformista”, y en tercer lugar “número de problemas de salud mental” (ver tabla 38). Se encontró una ecuación de regresión significativa,  $F(3,125)=42,809, p<0.000$ , con un coeficiente de determinación de 0,495.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
		B	Error típico	Beta		
1	(Constante)	12,329	1,045		11,795	0,000
	Nº total de expedientes	1,786	0,244	0,545	7,317	0,000
2	(Constante)	20,168	1,755		11,490	0,000
	Nº total de expedientes	1,495	0,228	0,456	6,550	0,000
	Conformista	-0,119	0,022	-0,369	-5,308	0,000
	(Constante)	17,685	1,721		10,275	0,000
	Nº total de expedientes	1,298	0,217	0,396	5,993	0,000
	Conformista	-0,101	0,021	-0,314	-4,769	0,000
	Nº problemas de salud mental	3,203	0,704	0,300	4,548	0,000

Tabla 38. *Análisis de regresión paso a paso (Stepwise) que muestra los mejores predictores de la reincidencia total NR-Total respecto a las variables del CRIM-M y las variables del MACI (rasgos, preocupaciones expresadas y síndromes clínicos).*





## 4. DISCUSIÓN

En cuanto a los objetivos propuestos en esta tesis, pasamos a comentar los resultados obtenidos y si estos son acordes con las hipótesis planteadas.

Respecto a la **primera hipótesis**, planteamos que **aquellos menores que presentan un historial de reincidencia delictiva reflejarán mayores necesidades de salud mental** detectadas en su historia clínica, así como puntuaciones elevadas tanto en rasgos de personalidad desadaptativos (Rebelde, Egocéntrico, Oposicionista), síndromes clínicos (Inclinación al abuso de sustancias, Predisposición a la delincuencia y Propensión a la impulsividad), y en Preocupaciones Expresadas (Insensibilidad Social, Discordancia Familiar), tal como se indica en la literatura científica.

Con la finalidad de comprobar esta hipótesis se llevo a cabo comparaciones entre ambos grupos (reincidentes vs no reincidentes), tanto en las variables clínicas recogidas en el CRIM-M, como con el MACI. Las pruebas t de Student obtuvieron diferencias significativas en la variable del CRIM-M, “número de problemas de salud mental presentes en el menor”, mostrando el grupo de menores reincidentes presentan de media mayor número de problemas de salud mental frente al grupo de no reincidentes, con un tamaño del efecto obtenido con la prueba *d* de Cohen próximo a moderado (0,47).

Respecto las variables del MACI, de la comparación de ambos grupos “reincidentes” vs “no reincidentes”, se obtuvieron diferencias significativas con la t de Student en los rasgos: Pesimista, Sumiso, Rebelde, Conformista, Oposicionista, Autopunitivo y Tendencia límite. Si bien, estas diferencias presentaron tamaños de efectos bajos medidos con la *d* de Cohen en todos ellos, menos en Conformista y Tendencia límite, que alcanzan tamaños de efecto moderados.

Las diferencias significativas encontradas describen al grupo de **reincidentes** con mayores puntuaciones asociadas a los rasgos **Pesimista, Rebelde, Oposicionista, Autopunitivo y Tendencia límite**, relacionándose la mayoría de estos rasgos con la mayor probabilidad de presentar problemas de conducta, autorregulación e impulsividad, transgresión de normas sociales y conflictos en sus respectivos contextos

(familiar, escolar y social). En cambio, el grupo de **no reincidentes** se caracteriza por presentar puntuaciones más elevadas en “**Sumiso**” y “**Conformista**”.

Respecto al área de “Preocupaciones Expresadas” se obtuvieron diferencias significativas con la *t* de Student en la escala “Incomodidad respecto al sexo” e “Inseguridad con iguales”, siendo estas mayor en el grupo de no reincidentes, frente a la “Desvalorización de sí mismo” mayor entre los reincidentes.

En cuanto a los síndromes clínicos medidos por el MACI, la comparación de ambos grupos obtuvo diferencias significativas en los síndromes “**Inclinación al abuso de sustancias**” y “**Propensión a la Impulsividad**”, con tamaños de efecto moderados, siendo estos problemas más frecuentes de un modo significativo en el grupo de menores reincidentes.

Estos resultados son acordes con la primera hipótesis planteada, los menores reincidentes cuentan de modo significativo con mayor número de problemas de salud mental, tal y como recogen también otras investigaciones, donde se refleja del mismo modo que en nuestra investigación, el predominio de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (trastorno disocial y trastorno por déficit de atención con hiperactividad), así como el abuso de sustancias. (Brunelle et al. 2012; Rayner, et. al., 2005).

Del mismo modo, los resultados obtenidos en las distintas áreas del MACI no se corresponden en su totalidad con la hipótesis planteada, presentando del mismo modo similitud en parte de sus resultados con diversas investigaciones, aunque no de un modo amplio con ninguna (Alarcon et al., 2005; Martín, 2009; Rayner et al., 2005; Salekin et al., 2002; Stefurak et al., 2004; Taylor et al., 2006). Esto puede deberse, en parte a que las técnicas estadísticas empleadas son distintas en los diferentes estudios.

Pese a ello, llama la atención no haber encontrado diferencias significativas en las escalas “Histriónico”, “Egocéntrico”, “Predisposición a la delincuencia”, así como la “Insensibilidad social”, frecuentes en la literatura.

La **segunda** de nuestras **hipótesis** hacía referencia a que **se encontrarían diferencias significativas entre el grupo de reincidentes versus no reincidentes en la medida de riesgo de reincidencia IGI-J**, en todas sus escalas, mostrando que esta prueba es capaz de discriminar entre reincidentes y no reincidentes adecuadamente.

Con esta hipótesis nos planteábamos si el instrumento discrimina a los menores reincidentes de los que no lo son. Para comprobar esto dividimos la muestra en dos grupos, uno integrado por los reincidentes (86 menores) y otro por los no reincidentes (65 menores), utilizando los datos del CRIM-M, obteniendo diferencias significativas con la prueba t de Student en la puntuación total global del IGI-J, así como en todos los factores que lo componen.

Tras obtener estos resultados, analizamos el tamaño del efecto de las diferencias encontradas con la prueba *d* de Cohen en todos los factores que componen el IGI-J, obteniéndose efectos de alta magnitud en 7 de los 9 factores, siendo uno de estos el nivel de riesgo total global (IGI-J Total), así como los siguientes factores: 1) delitos/medidas judiciales pasadas y actuales, 2) actitudes, valores y creencias, 3) consumo de sustancias, 4) relación con el grupo de iguales y 5) personalidad/conducta. Los otros dos factores que rozan valores igualmente altos fueron “educación formal/empleo” y “ocio/diversión”.

Por otro lado, los análisis de correlación realizados entre el IGI-total y las variables incluidas en el CRIM sobre historial delictivo arrojan correlaciones estadísticamente significativas, es decir, dos medidas diferentes que evalúan aspectos relacionados (historial delictivo y riesgo de reincidencia) obtienen una alta relación, lo que apuntaría a datos que reforzarían la validez del IGI-J (en este caso validez concurrente).

En relación a esta segunda hipótesis, podemos concluir que nuestros resultados son acordes con la misma. El IGI-J constituye por tanto un instrumento de predicción del riesgo de reincidencia adecuado, tal y como se constata en la literatura científica internacional y nacional, destacando dentro de esta última la llevada a cabo en la Comunidad de Madrid por Graña et al., (2007), donde la administración del inventario a 208 menores infractores también constató mayor capacidad predictiva asociada al grupo

de reincidentes, resultando los factores con mayor capacidad predictiva los delitos y medidas judiciales pasadas y actuales, consumo de sustancias y personalidad/conducta del menor.

En la misma dirección apuntan los resultados del estudio publicado por el Gobierno de Cantabria de 2009, llevado a cabo con 92 menores con medidas judiciales, donde los resultados más significativos mostraron la adecuada capacidad predictiva discriminando menores reincidentes y no reincidentes en la puntuación global total, existiendo diferencias significativas igualmente en relación a los siguientes factores de riesgo 1) historial delictivo, 2) consumo de sustancias, 3) personalidad/conducta y 4) Actitudes, valores y creencias.

En nuestra investigación, tales diferencias significativas entre ambos grupos en todas las variables o factores medidos se traduce en la existencia de una notable diferencia en las características asociadas al grupo de reincidentes y el de no reincidentes. Dentro de la muestra nos encontramos con un grupo de alto riesgo de reincidencia, con trayectorias delictivas mayores y con una multiplicidad de problemáticas en cada uno de las áreas de riesgo evaluadas por el instrumento.

El análisis descriptivo de la muestra en las variables judiciales recogidas en el Cuadernillo de Recogida de Información del Menor (CRIM-M), nos muestra que el grupo reincidente representa el 57% de la muestra, pero es responsable del 86% de la actividad delictiva de la muestra, ya que cuentan con 406 expedientes judiciales de un total de 471.

Dentro de este grupo de reincidentes encontramos menores con largas trayectorias delictivas que se corresponden con el grupo denominado “delincuentes persistentes” en la taxonomía de Moffitt (Piquero y Moffitt, 2008), representan un porcentaje reducido del total, pero se trata de menores que se inician de modo temprano en la comisión de delitos, con altas tasas de incidencia y versatilidad delictiva, en los que están presentes manifestaciones tempranas de déficits cognitivos, problemas temperamentales, hiperactividad, características que pueden verse agravadas por otros factores de riesgo ambiental, como crianza familiar inadecuada, problemas en escuela,

relaciones con amistades delincuentes, etc., siendo todos estos factores los recogidos por el IGI-J.

Respecto a la **tercera hipótesis**, planteábamos que **aquellos adolescentes que cuenten en su historial delictivo con delitos violentos presentarán mayor frecuencia de problemas relacionados con necesidades de salud mental y mayor gravedad en las características psicopatológicas** que aquellos que hayan cometido delitos no violentos.

En este sentido, los resultados obtenidos reflejan diferencias significativas con la prueba t de Student, cuando se compara el grupo de menores con delitos “violentos” y al grupo de “no violentos” en relación a la variable “Número de problemas de salud mental presentes en el menor”, siendo el grupo violento el que mayores necesidades de salud mental presenta, tal y como también se recoge en la literatura (Crocker et al., 2005; Kenny y Schereiner, 2009).

En cuanto a las escalas del MACI, los resultados referidos a personalidad obtienen diferencias significativas en “Pesimista” “Autopunitivo” y “Tendencia límite”, siendo el grupo violento el que mayores puntuaciones presenta en estas variables. Los resultados en el área de síndromes clínicos solo obtienen diferencias significativas en una variable, “Afecto Depresivo”.

Estos resultados evidencian mayores necesidades de salud mental en los menores del grupo violento, en el que predominan características asociadas a sentimientos de desánimo y culpa, tendencia a actuar de forma lesiva contra sí mismos, resistencia a dejarse ayudar por otros y problemas de desregulación emocional. Siendo estos resultados congruentes con la hipótesis planteada.

No obstante, en relación a esta hipótesis cabe preguntarse si las diferencias encontradas en las características asociadas a desánimo, sentimientos de culpa y afecto depresivo son propias de los menores que comenten delitos violentos, o se encuentran asociadas a la situación judicial que presentan en el momento de la evaluación. Esta cuestión requiere mayor análisis, pues entendemos que explicaciones alternativas no deben ser descartadas, tales como considerar la posibilidad que en algunos casos estas

diferencias deriven de la presencia de medidas privativas de libertad en algunos menores. De algún modo, podemos explorar esta alternativa tras observar los resultados obtenidos en relación a la siguiente hipótesis.

Respecto a la **cuarta hipótesis**, planteábamos que **aquellos adolescentes que se encuentren cumpliendo una medida de internamiento presenten también mayor frecuencia de problemas relacionados con necesidades de salud mental y mayor gravedad en las características psicopatológicas** que aquellos que se encuentren en medio abierto.

Los resultados obtenidos en relación a esta hipótesis también reflejan diferencias significativas con la prueba t de Student , cuando se comparan al grupo de menores con medidas de internamiento frente a los que no están ejecutando medidas privativas de libertad, en relación a la variable “Número de problemas de salud mental presentes en el menor”, siendo el grupo “Internamiento” el que mayores necesidades de salud mental presenta, con un tamaño del efecto medido con la prueba d de Cohen de alta magnitud (1,28).

En cuanto a los resultados del apartado de rasgos de personalidad del inventario clínico, tras comparar ambos grupos se obtienen diferencias significativas que apuntan a describir al grupo de menores con medidas de internamiento caracterizados en mayor medida por puntuaciones elevadas en los rasgos “Inhibido”, “Pesimista”, “Rebelde”, “Oposicionistas”, “Autopunitivos” y “Tendencias límite. En cambio, los menores con medidas de medio abierto (libertad vigilada y prestaciones socioeducativas), se caracteriza por presentar puntuaciones más elevadas en “Egocéntrico” y “Conformista”.

Los resultados obtenidos entre ambos grupos en el área de síndromes clínicos apuntan en la misma dirección, todas las diferencias significativas medidas con la t de Student atribuyen al grupo de menores con medidas de internamiento la presencia de los siguientes síndromes clínicos: “Trastornos de la alimentación”, “Inclinación al abuso de sustancias”, “Afecto depresivo” y “tendencia al suicidio”.

Respecto a esta cuarta hipótesis, consideramos que los resultados obtenidos son acordes con esta, es decir, los menores infractores con medidas de internamiento

presentan de modo significativo mayor frecuencia de necesidades de salud mental, así como mayor frecuencia de puntuaciones elevadas en intervalos de significación en las distintas áreas de evaluación del MACI.

El análisis de resultados del MACI, tras comparar todos los grupos planteados, permite constatar en el área de rasgos de personalidad una alta similitud en los resultados del grupo reincidente y el grupo de medidas de internamiento, compartiendo todos los rasgos en los que se han obtenido diferencias significativas, a excepción del rasgo “Inhibido” presente de modo significativo en el grupo de internamiento. Esto se debe a que un porcentaje elevado de los menores de la muestra con medidas de internamiento son también reincidentes (57%).

Respecto a la **quinta hipótesis**, planteábamos que **se encontrarían relaciones significativas entre el nivel de riesgo de reincidencia global y el historial judicial, las necesidades de salud mental y aquellas escalas psicopatológicas del MACI que la literatura recoge**: rasgos de personalidad desadaptativos (Rebelde, Egocéntrico, Oposicionista), síndromes clínicos (Inclinación al abuso de sustancias, Predisposición a la delincuencia y Propensión a la impulsividad), y en Preocupaciones Expresadas (Insensibilidad Social, Discordancia Familiar).

En relación a esta hipótesis, se realizaron análisis de correlación entre el riesgo de reincidencia global, medido por el IGI-J y aquellas variables de interés clínico recogidas en el CRIM-M (“número de problemas de salud mental”), así como en los tres apartados que componen el MACI (Rasgos prototípicos de personalidad, Preocupaciones expresadas y Síndromes clínicos).

Se encontraron correlaciones significativas entre el IGI total y el número de problemas de salud mental medidos por el CRIM-M. Asimismo, respecto al MACI, se obtuvieron un número importante de correlaciones positivas entre el riesgo de reincidencia total y las distintas escalas: personalidad (Pesimista, sumiso, egocéntrico, rebelde, rudo, conformista, oposicionista, autopunitivo y tendencia límite, siendo la mayoría correlaciones positivas excepto en sumiso, egocéntrico y conformista); preocupaciones (difusión de la identidad, desvalorización de sí mismo, incomodidad respecto al sexo, discordancia familiar y abusos en la infancia, siendo correlaciones

positivas en todas las escalas excepto en incomodidad respecto al sexo) y síndromes clínicos (Abuso de sustancias, impulsividad, ansiedad, afecto depresivo y tendencia al suicidio, siendo todas correlaciones positivas excepto en la escala de ansiedad).

Todos estos resultados son acordes con la hipótesis planteadas. Se confirma la existencia de relaciones significativas entre el nivel de riesgo de reincidencia global, y las necesidades de salud mental y el nivel de riesgo de reincidencia y variables psicopatológicas, tal y como también se recoge en la literatura científica por parte de aquellas investigaciones que emplean el Inventario Clínico de Millon (Alarcón et al., 2005; Rayner et al., 2005 y Salekin, 2002).

Respecto a la **sexta hipótesis**, planteamos que **se encontrará que las variables relacionadas con el historial judicial, las necesidades de salud mental y las escalas psicopatológicas del MACI que la literatura recoge** [rasgos de personalidad desadaptativos (Rebelde, Egocéntrico, Oposicionista), síndromes clínicos (Inclinación al abuso de sustancias, Predisposición a la delincuencia y Propensión a la impulsividad), y en Preocupaciones Expresadas (Insensibilidad Social, Discordancia Familiar)], **tendrán un valor predictivo del riesgo de reincidencia global**

Para este propósito, llevamos a cabo análisis de regresión empleando el método “stepwise” (paso a paso), con la finalidad de explorar de entre todas las posibles variables explicativas aquellas que más y mejor expliquen a la variable dependiente, en nuestro caso el nivel de riesgo de reincidencia medido con el IGI-J.

Los resultados de estos análisis de regresión encontraron que los mejores predictores del nivel de riesgo global obtenido en el IGI-J (NR Total), respecto de las variables en las que se obtuvieron correlaciones significativas, tanto del CRIM-M, como en las distintas áreas exploradas del MACI, obtienen un modelo con tres predictores, siendo el primero de ellos el “número total de expediente”, seguido del rasgo “Conformista”, y en tercer lugar “número de problemas de salud mental” (ver tabla 47). Con la ecuación de regresión significativa obtenida la variabilidad total explicada por el modelo es de un 49,5%,  $F(3,125)=42,809, p<0.000$ , con un coeficiente de determinación de 0,495.



Los resultados obtenidos son acordes con la hipótesis planteada solo de modo parcial. Si bien, nuestros datos son consistentes con el valor predictivo que presenta la variable judicial (medidas judiciales pasadas) y necesidades de salud mental, el análisis de regresión demuestra una baja predicción de las escalas del MACI respecto a la reincidencia.

En relación a la utilidad del MACI para este propósito de la predicción, constatamos lo referido por la literatura científica, la capacidad predictiva que nos ofrecen resulta bastante pobre (Garrido et al., 2006). No obstante, consideramos que puede resultar útil como prueba de screening que ayude en la evaluación de la capacidad de respuesta de los menores, explorando preocupaciones, intereses y estilos cognitivos, con la consecuente ventaja que puede reportar esta información en la orientación o diseño de la intervención, así como ante la necesidad de realizar una exploración clínica más específica en relación a algún aspecto de interés que se aprecia tras la administración del inventario.

No obstante, en el caso de querer explorar variables clínicas específicas relacionadas con conducta antisocial, rasgos precursores de psicopatía y trayectorias delictivas prolongadas, circunstancia particularmente más frecuente dentro de la población de menores con medidas de internamiento, quizás sea más adecuado el empleo de instrumentos específicamente diseñados con este propósito, tales como la versión juvenil de la Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare, *Psychopathy Checklist-Youth Version (PCL-YV; Forth, Kosson y Hare, 2003)*, o la Escala de Diagnóstico de Desarrollo Antisocial (APSD), adaptación de *Antisocial Process Screening Device (APSD; Frick y Hare, 2001)*

Los **resultados obtenidos en esta tesis presentan estrechas similitudes** con los estudios que comparten esta aproximación, tanto los centrados en la predicción del riesgo de reincidencia empleando instrumentos diseñados específicamente para este fin como el IGI-J, así como las investigaciones que analizan las necesidades de salud mental más características de este población.

En relación a la capacidad predictiva del IGI-J, podemos concluir que se trata de un instrumento de predicción del riesgo de reincidencia muy adecuado, tal y como se

constata en la literatura científica internacional (Andrews y Bonta, 2010), y nacional (Redondo, Martínez Catena y Andrés, 2011) destacando dentro de esta última la llevada a cabo en la Comunidad de Madrid por Graña et al., (2007), donde la administración del inventario a 208 menores infractores también constató mayor capacidad predictiva asociada al grupo de reincidentes, resultando los factores con mayor capacidad predictiva los delitos y medidas judiciales pasadas y actuales, consumo de sustancias y personalidad/conducta del menor.

Se trata de un instrumento que se ha mostrado útil discriminando predicción de reincidencia en su puntuación de riesgo total, así como en todos los factores de riesgo que lo componen. La recomendación es por tanto obvia, dada cuenta del valor del inventario tanto en su faceta de evaluación del riesgo como en su función de diseño de la intervención basada en las necesidades criminógenas detectadas, debería de ser herramienta básica en los procesos de evaluación de menores que entran en contacto con el sistema de Justicia Juvenil.

Sin embargo, su empleo sigue sin ser habitual en nuestra Comunidad Autónoma, exceptuando el Equipo Técnico del Juzgado de Menores de Castellón, y desde 2014 también por las entidades que ejecutan medidas de internamiento y medio abierto en Castellón. Nos gustaría señalar que, dada cuenta que el inicio de ejecución de una medida comporta un análisis y toma de decisiones previo, la ausencia de herramientas objetivas a lo largo de esta fase supone la asunción de riesgos en lo concerniente tanto al Principio de riesgo (requieren niveles más elevados de intervención en los casos de mayor riesgo), así como el Principio de Necesidades (la asistencia programada debe ser la adecuada para resolver las necesidades criminógenas o factores de riesgo asociados a la reincidencia evaluados).

Respecto a las necesidades de salud mental analizadas en la tesis, nuestros resultados van en la dirección de las investigaciones centradas en este ámbito. En primer lugar, se trata de un área que como Garrido (2009) comenta en el estudio dirigido en la Comunidad de Cantabria, se encuentra poco desarrollada en nuestro país, ya que solo un 22% de su muestra presentaba un diagnóstico específico previo. En nuestro caso se trataba de un 25,3%, siendo un 7,2% de este porcentaje de menores con diagnósticos previos, detectados una vez se produce el internamiento del menor a raíz

de la labor de búsqueda en el historial clínico de los menores llevado a cabo por los profesionales de la USMI (Unidad de Salud mental infanto-juvenil), adscrita al centro de menores.

En nuestra muestra el porcentaje de menores con antecedentes de problemas de salud mental (25,3%), se ve incrementado posteriormente como se desprende del análisis del CRIM-M, cuando se explora si pese a la no existencia de diagnóstico previo se detectaron necesidades de salud mental en los menores tras iniciar la ejecución de medida. Los datos muestran la existencia de un porcentaje notable de detecciones llevadas a cabo posteriormente de un 19,2% (29 menores), lo que finalmente se traduce en la presencia de necesidades de salud mental en el 44,5% de la muestra con un total de trastornos identificados de 114.

Los resultados obtenidos en este ámbito explorado, no solo han evidenciado la mayor presencia de problemas de salud mental en este tipo de menores, sino también su relación con el riesgo de reincidencia, tal y como hemos podido comprobar en los resultados de la ecuación de regresión. Datos que se encuentran en la misma línea que los obtenidos a nivel nacional en Cataluña por Capdevila, Ferrer y Luque (2006), donde destaca el consumo de drogas y padecer algún trastorno mental como predictor de reincidencia.

En cuanto a las necesidades de salud mental, y a tenor de los resultados obtenidos, acordes con la literatura científica (Redondo et. al., 2011), se considera una orientación adecuada la apuntada por Andrés-Pueyo y Echeburúa (2010), recomendando una aproximación a la evaluación de estos menores basada en el juicio clínico estructurado, donde los instrumentos de predicción o valoración del riesgo constituyen la técnica idónea para predecir y gestionar el riesgo. De este modo, se evitan errores y sesgos en el evaluador.

Por otro lado, antes de finalizar este apartado conviene comentar que este trabajo no está exento de **limitaciones**, por lo que conviene ser cautelosos en la interpretación de resultados, y concebir los datos aquí obtenidos como una aportación más, en la línea de futuras investigaciones que puedan seguir explorando tanto el empleo de instrumentos de evaluación del riesgo eficaces como de procedimientos de evaluación

de las necesidades de salud mental de los menores en etapas mucho más previas, dando pie a estrategias de detección temprana e intervención precoz, que facilitarían la consecución de mejores pronósticos en las actuaciones educativas y de salud que requieren estos menores.

En cuanto a limitaciones que encontramos en esta tesis es que se trata de una investigación transversal, por lo que las relaciones observadas en algunas variables objeto de estudio podrían estar explicadas, al menos en parte, por factores dependientes del contexto y circunstancias específicas de la recogida de datos. Además, la evaluación transversal limita la interpretación de los resultados en términos de causalidad, principal motivo este por el que se recomiendan futuras investigaciones longitudinales, a efectos de incorporar medidas diferentes en momentos diferentes.

No obstante, las consideraciones metodológicas con las que se han diseñado los distintos análisis, así como lo recogido en la literatura científica refuerzan los datos obtenidos, y su relativa generalidad.

Otra de las consideraciones a plantear en esta investigación es que se ha centrado en el análisis o contribución de variables relacionadas con riesgo de reincidencia delictiva y psicopatología. Entendemos que desde una perspectiva comprensiva global de los problemas de ajuste que presentan estos adolescentes, se requiere la incorporación de nuevas variables que exploren paralelamente, y particularmente en el grupo de menores reincidentes sus capacidades de aprendizaje, ya que la experiencia de trabajo con esta población nos hace comprobar con frecuente asiduidad las limitaciones que presentan en sus procesos de aprendizaje. No siendo este un tema menor, a tenor de la importancia de dichos recursos personales en la capacidad de ajuste y éxito en contextos escolares y formativos, ámbito en el que los datos recogidos en esta investigación reflejan significativos índices de fracaso.

Sin embargo, y a pesar de las limitaciones comentadas, este estudio nos ha permitido realizar un acercamiento a esta población que nos ha llevado a constatar que los menores que se encuentran dentro del sistema de Justicia Juvenil representan una población muy heterogénea.

## 5. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones que se derivan de esta investigación son las siguientes:

1. La mayor reincidencia delictiva se traduce en mayores necesidades de salud mental por parte de esta población de menores infractores.
2. Trayectorias delictivas de menores en las que esté presente alta reincidencia, delitos violentos y medidas de internamiento se relacionan positivamente con mayores problemas de salud mental, frecuentemente trastornos relacionados con sustancias, trastornos disociales y trastornos por déficit de atención con hiperactividad, entre otros.
3. Dada cuenta del papel predictivo de estas necesidades de salud mental, se considera necesario desarrollar en mayor medida los procesos de evaluación de estos problemas por parte de los profesionales responsables de la evaluación de riesgo y necesidades criminógenas (factores de riesgo), así como incidir en la relevancia de contar con fuentes que faciliten información de los menores relacionada con sus historial clínico.
4. El mejor modo de predecir riesgo de reincidencia delictiva es empleando instrumentos de medida específicamente diseñados para este propósito, contando en nuestro país con un instrumento adaptado y válido para tal fin, el IGI-J (Inventario de Gestión e Intervención para Jóvenes, adaptación realizada por López, Silva y Garrido (2004), del inventario Youth Level Service of Case Management Inventory (YLS/CMI), de Hoge y Andrews (2003).
5. Relacionado con lo anterior se recomienda a los profesionales que están en contacto con menores dentro del sistema de justicia y que desempeñen labores de evaluación de riesgo que utilicen estos instrumentos. Permite cuantificar el riesgo de reincidencia, detectar necesidades criminógenas o factores de riesgo en los que diseñar intervenciones y por lo tanto ayudan en la toma de decisiones. Por otro lado, son instrumentos que vinculan los resultados de la evaluación con el seguimiento de la intervención, permitiendo valorar la eficacia de nuestras intervenciones educativas y tratamientos.



## **6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

|



- Agnew, R (2006). *Pressured into crime: an overview of general strain theory*. Los Ángeles: Roxbury Publishing Company.
- Alarcón, P., Vinet, E., Salvo, S. (2005). Personality styles and adjustment problems in adolescence. *Revista de la Escuela de Psicología* vol. 14(1), 3-16
- Aluja, A. y Torrubia, T. (1996). Componentes psicológicos de la personalidad antisocial en delincuentes: búsqueda de sensaciones y sensibilidad a las señales de premio y castigo. *Rev.Psiquiatría Fac. Med. Barna.*, 23(2), 47-56.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición- Texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2002): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición- Texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, DC.
- Andrés-Pueyo y Echeburúa, E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, 22, 403-409
- Andrews, D.A.; Bonta, J. y Hoge, R.D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52
- Andrews, D. y Bonta, J. (1994) *The Psychology of Criminal Conduct*. Anderson Publishing Co.
- Andrews, D.A. y Bonta, J. (1995) *The Level of Service Inventory-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Andrews, D.A. Bonta, J. y Wormith, S.J. (2004). *The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI): User's Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Andrews, D. y Bonta, J. (2006) *The Psychology of Criminal Conduct* (4ª ed.). Anderson Publishing.
- Andrews, D. y Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5ª ed.)
- Arnett, J.J. (1996). Sensation seeking, aggressiveness, and adolescent reckless behavior. *Person. Individual Differences*, 20 (6), 693-702

- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. Nueva York: Guilford
- Bechtel, K. Lowenkamp y Latessa (2007) "Assessing the Risk of Re-offending for Juvenile Offenders Using the Youthful Level of Service/Case Management Inventory" *Journal of Offender Rehabilitation*, Vol 45(3/4), 85-108.
- Bandura, A. y Walters, H. (1983) *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Ed. Alianza. Madrid, España.
- Benda, B. B., Corwyn, R. F., y Toombs, N. J. (2001). Recidivism among adolescent serious offenders: Prediction of entry into the correctional system for adults. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 588–613.
- Berkowitz, L. (1996) Agresión: causa, consecuencias y control. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bonta, J. (1995). The responsivity principle and offender rehabilitation. *Forum on Corrections Research*, 7, 34-37
- Bonta, J., M. Law y R.K. Hanson (1998). The Prediction of Criminal and Violent Recidivism among Mentally Dirordered Offenders: A Meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.
- Borum, R., Bartel, P., y Forth, A. (2003). *Structured Assessment of Violence Risk in Youth. Professional Manual*. Oxford: Pearson.
- Brackenreed, D. (2010). Resiliency and risk. *International Educational Studies*, 3, 111-121
- Brannon, J. M., Brannon, M. E., Craig, J., y Martray, C. (1989). Applied behavioral typologies: Implications for the residential treatment and community re-integration of juvenile offenders. *Journal of Offender Counseling, Services, & Rehabilitation*, 14, 77–87.
- Bravo, A., Sierra, M.J., y Del Valle, J. (2007). Evaluación de resultados de a medidas de responsabilidad penal juvenil en Asturias. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias.
- Brook, J.S.; Brook, D.W.; Gordon, A.S.; Whiteman, M.; and Cohen, P. The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genet Psychol Monogr* 116(Whole No. 2), 1990.
- Brownfield, D. y Thompson, K. (1991) Attachment to peers and delinquent behavior. *Canadian Journal of Crimonology*, 33(1), 45-60.

- Brunelle, N., Leclerc, D., Cousineau, M., Dufour, M., Gendron, A., Martin, I. (2012) Internet gambling, substance use, and delinquent behavior: An adolescent deviant behavior involvement pattern. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 26(2), Jun 2012, 364-370.
- Bukstein, O. (2000). Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 67-79
- Camara, W. J. Nathan, J. S. y Puente, A. E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(2), 141-154.
- Capdevila, M., Ferrer, M., y Luque, E. (2006). La reincidencia en el delito en la justicia de menors. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especializada (*Colección Justicia y Sociedad*, n° 25).
- Casullo, M. M. y Castro, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 129-140.
- Cauffman, E. (2004). A statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 430-439.
- Cervelló, D. V. (2009) *La Medida de Internamiento en el Derecho Penal del Menor*, Editorial Tirant Lo Blanch, Valencia, 2009, p. 17.
- Cleckley, H. (1976). *The mask of Sanity*. Mosby: St Louis, MO
- Cooke, D.J., Forth, A.E. y Hare, R.D. (Eds.) (1988). *Psychopathy: Theory, Research and implications for the society*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Crocker, A.G., K.T. Mueser, R.E. Drake, R.E. Clark, G.J. Mchugo, T.H. Ackerson y A.I. Alterman (2005). Antisocial Personality, Psychopathy, and Violence in Persons with Dual Disorders: A Longitudinal Analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 452-476.
- Cuervo, K. (2011). “*Menores en riesgo: perfil y predicción de la reincidencia delictiva*”. Tesis doctoral. Castellón: Universitat Jaume I
- Davis, M. H. (1994). *Empathy: a social psychological approach*. Dubuque, IA: Brown and Benchmark.

- De Urbano, E. y De La Rosa, J.M. (2007) *Comentarios a la Ley Orgánica de Responsabilidad Penal de los Menores (adaptada a la L.O 8/2006 de 4 de diciembre)*, Editorial Aranzadi.
- Dembo, R. M., Williams, L., La Voie, L., Berry, E., Getreu, A., Wish, E., et al. (1989). Physical abuse, sexual victimization and illicit drug use: Replication of a structural analysis among a new sample of high risk youths. *Violence Victims*, 4, 121–138.
- Dembo, R., Turner, G., Schmeidler, J., Sue, C. C., Borden, P., y Manning, D. (1996). Development and evaluation of a classification of high risk youths entering a juvenile assessment center. *Substance Use & Misuse*, 31, 303–322.
- Dembo, R. y Schmeidler, J. (2003). A classification of high-risk youths *Crime and Delinquency*, Vol 49(2), Apr 2003, 201-230
- Díaz, A. y Baguena, M<sup>a</sup>. (1989a). Personalidad y conducta antisocial: una investigación con grupos criterio (1): Dimensiones básicas y motivacionales. *Psicologemas*, 5, 3-21.
- Dishion, T., Capaldi, D. y Ray, J. (1995). The development and ecology of substance use in adolescent boys. *Child Development*, 66,1, 139-151
- Dolz, M. J. (2007) *Comentarios a la legislación penal de menores. Incorpora las últimas reformas legales de la L.O 8/2006*. Editorial Tirant Lo Blanch,
- Donovan, J., Jessor, R. y Costa, F. (1988). Syndrome of problema behavior in adolescence: a replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 762-765
- Doreleijers, T. A. H., Moser, F., Thijs, P., Van Engeland H., y Beyaert, F. H. L. (2000). Forensic assessment of juvenile delinquents: Prevalence of psychopathology and decisionmaking at court in the Netherlands. *Journal of Adolescence*, 23, 263–275.
- Eisenberg, N., y Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors: *Psychological Bulletin*, 101, 91-119
- Elliot, D. S., Dunford, F. E. y Huizinga, D. (1987). The identification and prediction of career offenders utilizing self-reported and official data. *Prevention of Delinquent Behavior*. Burchard, John D. (Ed.); Burchard,

- Sara N. (Ed.); Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc. pp. 90-121. [Chapter]
- Eysenck, H. J. (1964). *Delincuencia y Personalidad*. Marova: Madrid.
- Eysenck, H. (1983). A biometrical genetical analysis of impulsive and sensation seeking behavior. Zuckerman, m. (ed). *Biological Bases of Sensation Seeking, Impulsive and Anxiety*. Lawrence earlbaum: Hillsdale, NJ
- Eysenck, H. y Eysenck, S. (1987). *Personalidad y Diferencias Individuales*. Pirámide: Madrid
- Eysenck, H. y Eysenck, S. (1989,a). *Cuestionario de Personalidad para Niños y Adultos (EPQ-J, EPQ-A)*. TEA: Madrid
- Eysenck, H. (1996). Personality theory and the problema of criminality. Muncie, J., Laughlin, E., Langan (eds.). *Criminological Perspectives: A Reader*. Sage publications: London.
- Eysenck, H. (1997). Personality and the biosocial model of antisocial and criminal behavior. En A. Raine, P. Brennan, D. Farrington y S. Mednick., (eds.) *Biosocial Bases of Evidence*. New York. Plenum Press, 21-37.
- Farrington, D. (1986). Age and crime. En M. Tonry y N. Morris (eds.) *Crime and Justice*, 7, 89-250. Chicago: University of Chicago Press.
- Farrington, D. (1989). Early predictors of adolescents aggression and adult violence. *Violence and Victims*, Vol. 4 (2), pp. 79-100.
- Farrington, D. (1991). Childhood aggression and adult violence: early precursors and later life outcomes. Pepler, D. & Rubin, D. (eds). *The Development and Treatment of Childhood Aggression*, 5-29. Erlbaum: Hillsdale, NJ.
- Farrington, D. P. (1992). Psychological contributions to the explanation, prevention and Treatment of offending. En F. Lösel, D. Bender & T. Bliesener (Eds.), *Psychology and Law. International Perspectives* (pp. 35-51). Walter de Gruyter & Co., Berlin.
- Farrington, D. (1995). The Twelfth Jack Tizard Memorial Lecture. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 36 (6), pp. 924-964.

- Farrington, D. (1996). *The explanation and prevention of youthful offending*. Delinquency and crime: Current theories. Hawkins, J. David (Ed.); New York, NY, US: Cambridge University Press, 1996. pp. 68-148.
- Farrington, D. (2008a). Integrated developmental and life-course theories of offending. New Jersey:Transaction Publishers
- Farrington, D. (2008b). Introduction to integrated developmental and life-course theories of offending. En D.P. Farrington (Ed.), *Integrated Developmental and Life-Course Theories of Offending* (pp. 1-14). New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Farrow, J. A., y French, J. (1986). The drug abuse delinquency connection revisited. *Adolescence*, 84, 951–960.
- Fernández Molina, E. Bartolomé, R. Rechea, C. y Megías, A. (2009) Evolución y tendencias de la delincuencia juvenil en España. *Revista Española de Investigación Criminológica*, Artículo 8, N° 7, 1-30
- Fiscalía General del Estado (2012-2014). Memorias de la Fiscalía General del Estado.
- Frick, P., O'Brien, B., Wootton, J. y McBurnett, K. (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*. 103(4), 700-707
- Frick, P. J. (1998). *Callous-unemotional traits and conduct problems: applying the two-factor model of psychopathy to children*. En D. J. Cooke, A. E. Forth y R. D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research, and implications for society* (pp. 161-187). Netherlands: Kluwer Academic Publishing.
- Frick, P. J. y Hare, R. D. (2001). *The Antisocial Process Screening Device-Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Forth, A. E., y Burke, H. C. (1998). *Psychopathy in adolescence: assessment, violence, and developmental precursors*. En D. J. Cooke, A. E. Forth y R. D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research, and implications for society* (pp. 205-229). Netherlands: Kluwer Academic Publishing.
- Forth, A.E., Kosson, D.S. y Hare, R.D. (2003). *The psychopathy checklist: Youth version-manual*. Toronto: Multi-Health Systems
- García España, E., Díez Ripollés, J.L., Pérez Jiménez, F., Benítez, M<sup>a</sup>. J., Cerezo, A. I. (2010) Evolución de la delincuencia en España: Análisis

- longitudinal con encuestas de victimización. *Revista Española de Investigación Criminológica*. Artículo 2. N° 8, 1-27
- Garrido, V. (1987). Teorías del desarrollo cognitivo-moral. En V. Sancha Mata, M. Clemente y J.J. Miguel Tobal (Drs.), *Delincuencia. Teoría e Investigación* (pp. 111-127). Alpe Editores, S.A. Madrid
- Garrido, V. (2000). *El psicópata. Un camaleón en la sociedad actual*. Alzira: Alger
- Garrido, V. y López-Latorre, M. J. (2005) *Manual de intervención educativa en readaptación social. Vol.I Fundamentos de la intervención*. Valencia: Tirant lo Blanch
- Garrido, V., López, E., Silva, T., López, M.J. y Molina, P. (2006). *El modelo de la competencia social de la ley de menores*. Valencia: Tirant Lo Blanc.
- Garrido, V. (2010). *Mientras vivas en casa: padres con inteligencia educativa*. Barcelona: Sello editorial.
- Garrido, V. (2011). Los hijos tiranos. El Síndrome del emperador. Madrid: Editorial Ariel.
- Gendreau, Little y Goggin (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What Works? *Criminology*, 34 (4), 575-607
- Gendreau, P., Goggin, C. y Smith, P. (2002). Is the PCL-R really the “unparalleled” offender risk assessment measure? *Criminal Justice and Behavior*, 29, 397-426.
- Gittelman, R., Mannuzza, S., Shenken, R. y Bonagua, N. (1985). Hyperactive boys almost grown up. *Archives of general psychiatry*, 42, 937-947
- Goodnight, J., Lahey, B., Van Hulle, C., Rodgers, J., Rathouz, P., Waldman, I., D’Onofrio, B. (2012). A quasi-experimental analysis of the influence of neighbourhood disadvantage on child and adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 121 N° 1 (95)
- Gomá, M., Grande, I., Valero, S., Punti, J. (2001). Personalidad y conducta autoinformada en adultos jóvenes. *Psicothema*, 13(2), 252-257.
- Gómez Colomer, J.L. (2002) *Justicia Penal de Menores y Jóvenes*, Editorial Tirant Lo Blanch, Valencia.
- Gobierno de Cantabria (2009). “*La predicción y la intervención con los menores infractores: un estudio en Cantabria*”. Consejería de Empleo y Bienestar Social.

- Graham, P. y Rutter, M. (1973). Psychiatric disorders in the young adolescent: a follow up study. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 66, 1226-1229.
- Granic, I. y G.R. Patterson (2006). Toward a Comprehensive Model of Antisocial Development: A Dynamic Systems Approach. *Psychological Review*, 113, 101-131
- Grant, B.F., D.S. Hasin, F.S. Stinson, D.A. Dawson, S.P. Chou, W.J. Ruan y R.P. Pickering (2004). Prevalence, Correlates, and Disability of Personality Disorders in the U.S.: Results for the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 948-958
- Graña, J. L., Garrido, V., y González-Cieza, L. (2007). *Reincidencia delictiva en menores infractores de la Comunidad de Madrid: evaluación, características delictivas y modelos de predicción*. Madrid: Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.
- Gray, J. A. (1972). The psychological nature of introversion-extraversion: A modification of Eysenck's theory. En V.D. Nebylitsyn y J.A. Gray (Eds.), *Biological bases of individual behaviour* (pp. 182-205). Londres: Academic Press
- Gray, J. A., Owen, S., Davis, N. y Tsaltas, E. (1983). Psychological and physiological relations between anxiety and impulsivity. En M. Zuckerman (Ed.) *Biological bases of sensation seeking, impulsivity and anxiety* Londres: Lawrence Erlbaum Associates
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. New York: Cambridge University Press.
- Hare, T. (1970). *Psychopathy: Theory and Research*. Wiley: New York
- Hare, R.D. (1990). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (1993). *Without conscience: the disturbing world of the psychopath among us*. New York: Simon and Schuster
- Hare, R. D. (1998). *Psychopathy, affect and behaviour*. En D. J. Cooke, A. E. Forth y R. D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research, and implications for society* (pp. 105-137). Netherlands: Kluwer Academic Publishing.



- Hare, R. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist* (2ª Ed.) Toronto: Multi-Health Systems.
- Harpur, T., Hare, T. y Hakstian, A. (1989). Two factor conceptualization of psychopathy: construct validity and assessment implications. *Psychological Assessment*, 1, 6-17
- Harris, G.T., Rice, M.E. y Quinsey, V.L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 315-335
- Harris, P. W., y Jones, P. R. (1999). Differentiating delinquent youths for program planning and evaluation. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 403-434.
- Harris, J. R. (2000). *El mito de la educación*. Barcelona: Grijalbo.
- Hart, S. D. y Hare, R. D. (1997). *Psychopathy: assessment and association with criminal conduct*. En D. M. Stoff, J. Breiling, y J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behaviour* (pp. 22-35). New York: Wiley
- Hawkins, J. y Weis, J. (1985) The Social Development Model: An Integrated Approach to Delinquency Prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6(2).
- Hawkins, J., Catalano, R. y Miller, Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105
- Henggeler, S. W. (1989). *Delinquency in Adolescence*. Newbury Park: Sage
- Henggeler, S. W. (2003) Advantages and disadvantages of multisystemic therapy and other evidence-based practices for treating juvenile offenders. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 3 (4), 53-59.
- Hernstein, R.J. y Murray, C. (1994) *The Bell Curve*. Free Press
- Hoeve, M., Stams, G.J.J., van der Put, C., Dubas, J., van der Laan, P., y Gerris, J. (2012). A meta-analysis of attachment to parents and delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, consultado online: DOI 10-1007/s10802-011-9608-1
- Hoge, R.D. y Andrews, D.A. (2002) *Youth Level Service / Case Management Inventory (YLS/CMI)*. Toronto: Multi-Health Systems

- Hoge, R. D., y Andrews, D. A. (2010). *Evaluation for risk of violence in juveniles*. Oxford University Press
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Estadística de condenados: Menores año 2013*
- Johnson, J.G., E. Smailes, P. Cohen, S. Kasen y J.S. Brooks (2004). Anti-social Parental Behaviour, Problematic Parenting and Aggressive Offspring Behaviour During Adulthood: A 25-year Investigation. *British Journal of Criminology*, 44, 915-930
- Jolliffe, D., y Farrington, D.P. (2009). A systematic review of the relationship between childhood impulsiveness and later violence. En M. McMurran y R. Howard (Eds.), *Personality, personality disorder and violence* (pp. 41-61). Chichester: Wiley
- Jones, P. R., y Harris, P.W. (1999). Developing an empirically based typology of delinquent youths. *Journal of Quantitative Criminology*, 15, 251-276.
- Kazdin, A. E. y Buela-Casal, G. (1994). *Conducta Antisocial*. Ediciones Pirámide, S.A., Madrid.
- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorder in childhood and adolescence* (2ª edición). Newbury Park, CA: Sage.
- Keenan, K. Loeber, R., Zhang, Q., Stouthamer, M. y Van Kammen, W. (1995). The influence of deviant peers on the development of boy's disruptive and delinquent behavior: a temporal analysis. *Development and psychopathology*, 7, 715-726.
- Kenny, D. y Schreiner, I. (2009) Predictors of high-risk alcohol consumption in young offenders on community orders: Policy and treatment implications. *Psychology, Public Policy, and Law*, Vol 15(1), Feb 2009, 54-79
- Krueger, R., Schmutte, P., Caspi, A., Moffitt, T., Campbell, K. y Silva, P. (1994). Personality traits are linked to crime among males and females: evidence from a birth cohort. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 328-338.
- Kupersmidt, J., Coie, J. y Dodge, K. (1990). The role of poor peer relationships in the development of disorders. Asher, S. & Coie, J. (eds). *Peer Rejection in Childhood*. Cambridge university press: New York.

- Lader, D., Singleton, N., y Meltzer, H. (2000). Psychiatric morbidity among young offenders in England and Wales. London: Office for National Statistics.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Quay, H. C., Frick, P. J. y Grimm, J. (1992). Oppositional defiant and conduct disorders: Issues to be resolved for DSM-IV. *Journal of Academy of Child Psychiatry*, 31, 359-546.
- Lahey, B.B., R. Loeber, J.D. Burke y B. Applegate (2005). Predicting Future Antisocial Personality Disorder in Males from a Clinical Assessment in Childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 389-399.
- LeBlanc, M. y Loeber, R. (1998). *Developmental criminology update. Crime and Justice: A review of research*, compilado por M. Tonry, vol. 23. Chicago: University of Chicago Press.
- Leschied, A.W., D. Chiodo, E. Nowicki y S. Rodger (2008). Childhood Predictors of Adult Criminality: A Meta-Analysis Drawn from the Prospective Longitudinal Literature. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 50, 435-467
- Loeber, R. y Schmalin, K. (1985). Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems: a meta analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 13, 337-352
- Loeber, R. et Stouthamer-Loeber, M. (1986). La prédiction de la délinquance. *Criminologie*, 19 (2), 49-77.
- Loeber, R., y Farrington, D.P. (Eds.) (2001). *Child Delinquents: Development, Intervention and Service Needs*. Sage, Thousand Oaks.
- Loeber, R.D., D.L. Homish, E.H. Wei, D. Pardini, A.M. Crawford, D.P. Farrington, M. Stouthamer-Loeber., J. Creemers, S.A. Koehler y R. Rosenfeld (2005). The Prediction of Violence and Homicide in Young Men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1074-1088
- Loper, A. B., Hoffschmidt, S. J., Ash, E. (2001) Personality features and characteristics of violent events committed by juvenile offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 19 (1)
- López Soler, C., y López López, J. (2003). Rasgos de personalidad y conducta antisocial-delictiva. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3 (2), 5-19.

- Lösel, F., y Farrington, D.P. (2012). Direct protective and buffering protective factors in the development of Youth violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(2), 8-23
- Lowenkamp, C. T., Holsinger, A. M., y Latessa, E. J. (2001). Risk/need assessment, offender classification, and the role of childhood abuse. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 543–563.
- Lowenkamp, C.T., Latessa E. J. Y Holsinger, A. M. (2006). The risk principle in action: What have we learn from 13.676 offenders and 97 correctional programs? *Crime and Delinquency*, 52, 77-93.
- Luengo, M., Sobral, J., Romero, E. y Gómez, J. (2002). Biología, personalidad y delincuencia. *Psicothema*, 14, 16-25
- Lykken, D. T. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lynam, D. R. (1996). Early identification of chronic offenders: who is the fledging psychopath? *Psychological Bulletin*, 120 (2), 209-234
- Lynam, D. R. (1997). Pursuing the psychopath: capturing the fledging psychopath in a nomological net. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (3), 425-438
- Lypsey, M. W., y Derzon, J.H. (1997). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. En R. Loeber, y D. P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks (EEUU): Sage.
- Martín, D. (2009) Perfil psicopatológico de una muestra de menores infractores con una medida de internamiento. Trabajo de investigación de doctorado. Universitat Jaume I. No publicado
- McCann, J. T. (1999). *Assessing adolescents with the MACI: Using the Millon Adolescent Clinical Inventory*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McMurrin, M. y Hollin, C. R. (1993). *Young offenders and alcohol-related crime*. Chichester (UK): John Wiley & Sons.
- Milin, R., Halikas, J., Meller, J. y Morse, C. (1991). Psychopathology among substance abusing juvenile offenders. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 30 (4), 569-574

- Miller, W. y Brown, J. (1991). Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviors. Heather, n., Mill, W. & Greeley, J. (eds). *Self Control and the addictive behaviors*, 4-79. Pergamon: New York.
- Millon, T. (1969). Modern psychopathology; A biosocial approach to maladaptive learning and functioning. Philadelphia: Saunders. (Millon, T. (1981a). Psicopatología Moderna: enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos. New York: Wiley Interscience.
- Millon, T. (1990). Toward a new personology: An evolutionary model. New York:Wiley.
- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: NCS.
- Moffitt, T. (1993). Adolescent limited and life course persistent antisocial behaviour: A development taxonomy. *Psychological Review*, 4, 674-701
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P., y Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology*, 8, 399-424.
- Moffitt, T., Caspi, A. y Harrington, H. (2002). Males on the life course persistent and adolescence limited antisocial pathways: follow up at age 26. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207
- Moltó, J., Poy, R., y Torrubia, R. (2000). Standardization of the Hare Psychopathy Checklist Revised in a spanish sample. *Journal of Personality Disorders*, 14, 84-96.
- Montero H. T. (2014) La criminalidad juvenil en España (2007-2014). *Revista de Criminalidad*, 56 (2): 247-251
- Murrie, D.C. y Cornell, D.G. (2000). The Millon Adolescent Clinical Inventory and psychopathy. *Journal of Personality Assessment*, 75, 110-125.
- Newman, J. P. y Wallace, J. F. (1993). Diverse pathways to deficient self-regulation: implications for disinhibitory psychopathology in children. *Clinical Psychology Review*, 13, 699-720

- Otero-López, J. M., Romero, E. y Luengo, A. (1994). Identificación de factores de riesgo de la conducta delictiva: hacia un modelo integrador. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20(73), 675-709.
- Osgood, D.W. y A.L. Anderson (2004). Unstructured Socializing and Rates of Delinquency. *Criminology*, 42, 519-549
- Patrick, C. J., Fowles, D. C. y Krueger, R. F. (2009a). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*, 21, 913-938.
- Patterson, G., Debaryshe, B. y Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*. 44,2, 329-335.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, Or: Castalia.
- Pérez, J. (1984). Variables de personalidad y delincuencia. *Treballs del Departament de Psicologia Médica*, 4. Universidad Autònoma de Barcelona.
- Pérez, J. (1986). Teoría de Eysenck sobre la criminalidad: el resultado de la investigación. *Psiquis*, 7, 254-264
- Pérez, M. V., Díaz, A. & Vinet, E. (2005). Características psicológicas de adolescentes pertenecientes a comunidades educativas vulnerables. *Psicothema*, 17(1), 37-42.
- Piquero, A. R., y Moffitt, T. E. (2008). Explaining facts of crime: how the developmental taxonomy replies to Farrington invitation. En D. P. Farrington (Ed.), *Integrated Developmental & Life-Course Theories of Offending* (pp.51-72). New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E. y Cormier, C.A. (1998). Violent offenders: Appraising and managing risk. Washington: American Psychological Association
- Rayner, J., T. P. Kelly y F. Graham (2005). Mental health, personality and cognitive problems in persistent adolescent offenders require long-term solutions: a pilot study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16(2), 248-262

- Rechea, C. (2008). *Conductas antisociales y delictivas de los jóvenes en España*. Informe para el Consejo General del Poder Judicial. [[http://www.uclm.es/centro/criminologia/pdf/informes/16\\_2008.pdf](http://www.uclm.es/centro/criminologia/pdf/informes/16_2008.pdf)].
- Redondo, S. y Andrés Pueyo, A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del psicólogo*, 28(3), 147-156
- Redondo, S. (2008b). Individuos, sociedades y oportuniades en la explicación y prevención del delito: Modelo del Triple Riesgo Delictivo (TRD). *Revista Española de Investigación Criminológica*, Artículo 7, Número 6.
- Redondo, S., Martínez-Catena, A., y Andrés, A. (2011). *Factores de éxito asociados a los programas de intervención con menores infractores*. Informes, Estudios e Investigación 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
- Redondo, S., y Martínez-Catena, A. (2012) *Psicología Criminal*. Barcelona: UOC
- Redondo, S. y Garrido, V. (2013) *Principios de Criminología*. 4a. Edición. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Robins, L. N., Tipp, J. y Przybeck, T. (1991). *Antisocial personality*. En L. N. Robins y D. A. Reegiers (dirs.), *Psychiatric disorders in America*. Nueva York: The Free Press.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1994). Los síndromes de transición. Conferencia. Sociedad Española de psiquiatría infanto-juvenil. Madrid.
- Romero, E. Garra, A. y Luengo, A. (1993). Self-monitoring, grupo de iguales y delincuencia juvenil: un análisis empírico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20(73), 675-709.
- Romero, E., Luengo, A. y Sobral, J. (2001). Personality and antisocial behaviour: study of temperamental dimensions. *Personality and individual differences*, 31, 329-348
- Rowe, D. (1986). Genetic and environment components of antisocial behavior: a study of 265 twins pairs. *Criminology*, 24, 513-532
- Rutter, M. y Giller, H. (1988). *Delincuencia juvenil*. Barcelona: Martínez Roca
- San Juan, C., Ocáriz, E., y De La Cuesta, J.L. (2007). Evaluación de las medidas en medio abierto del plan de justicia juvenil de la comunidad autónoma del País Vasco. *Boletín Criminológico*, 96.

- San Juan, C., y Ocáriz, E. (2009). *Evaluación de la intervención educativa y análisis de la reincidencia en la Justicia de Menores en la CAPV*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Salekin R. T. (2002a). Factor-Analysis of the Millon Adolescent Clinical Inventory in a juvenile offender population: Implications for treatment. *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 34(3), 15-29
- Salekin, R. T. (2002b). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22, 79-112.
- Sas, L., Jaffe, P., y Reddon, J. R. (1985). Unraveling the needs of dangerous young offenders: A clinical-rational and empirical approach to classification. *Canadian Journal of Criminology*, 27, 83-96
- Sheras, P. L. (1992). Depression and suicide in adolescents. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of Clinical Child Psychology* (pp. 587-606). New York: Wiley.
- Shields, I.W., y Ball, M. (1990). Neutralization in a Population of Incarcerated Young Offenders. Paper presented at the Annual Meeting of the Canadian Psychological Association, Ottawa, Ontario.
- Shields, I.W., y Whitehall, G.C. (1994). Neutralizations and Delinquency among Teenagers. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 223-235.
- Simonoff, E., J. Elander, J. Holmshaw, A. Pickles, R. Murray y M. Rutter (2004). Predictors of Antisocial Personality: Continuities from Childhood to Adult Life. *British Journal of Psychiatry*, 184, 118-127
- Sobral, J., Romero, E. y Luengo, A. (1998). Personalidad y Delincuencia. La relevancia de lo "temperamental". *Boletín de Psicología*, No. 58, 19-30.
- Sobral, J., Romero, E., Luengo, M., y Marzoa, J. (2000). Personalidad y conducta antisocial: Amplificadores individuales de los efectos contextuales. *Psicothema*, 12, 661-670.
- Spivack, G. y Cianci, N. (1987). High-risk early behavior pattern and later delinquency. In J.D. Buchard & S.N: Burchard (eds.). *Prevention of Delinquent Behavior* (pp. 44-74). Newbury Park, CA: Sage.
- Stefurak, T., Calhoun, G. B., Glaser, B. A. (2004). Personality typologies of male juvenile offenders using a cluster analysis of the Millon Adolescent Clinical Inventory Introduction. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 48(1)



- Taylor, J., Kemper, T. S., Loney, B. R. Kistner, J. A. (2006). Classification of severe male juvenile offenders using the MACI clinical and personality scales. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 35 (1), 90-102.
- TEA Ediciones. (2004). *MACI Inventario Clínico para Adolescentes de Millón. Manual*. Adaptación española de Gloria Aguirre Llagostera. Madrid: Autor.
- Timmons-Mitchell, J., Brown, C., Schulz, S. C., Webster, S. E., Underwood, L. A., y Semple, W. E (1997). Comparing the mental health needs of female and male incarcerated juvenile delinquents. *Behavioral Sciences and the Law*, 15, 195–202.
- Valliant, P. M., y Bergeron, T. (1997). Personality and criminal profile of adolescent sexual offenders, general offenders in comparison to non-offenders. *Psychological Reports*, 81, 483–489.
- Vinet, E., Salvo, S. y Forns, M. (2005). Adolescentes no-consultantes en riesgo: Una evaluación a través del MACI. *Anuario de Psicología*, 36(1), 83-97.
- Walker, J., Lahey, B., Hynd, G. y Frame, C. (1987) Comparison of specific patterns of antisocial behaviour in children with conduct disorder with and without coexisting hyperactivity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55. 910-913
- Wasserman, A. H. (2001). Exploring normal adolescent sex offenders: Investigating moral rigidity. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61, 11B, 6122.
- Webster-Stratton, C. y Herbert, M. (1994). *Troubled families-Problem children*. Chichester: Wiley.
- Wechsler, D. (1992). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition*. U.K. Edition, Sidcup, Kent: The Psychological Corporation.
- Werry, J., Reeves, J. y Elkind, G. (1987). Attention deficit, conduct oppositional, and anxiety disorders in children. *Journal of the American academy of child orthopsychiatry*, 41, 136-143

- Werry, J. (1988). The differential diagnosis of ADD and conduct disorder. Swanson, J. y Bloomingdale, L. (Eds.) Attention deficit disorder. *Journal of child psychology and psychiatry monographs IV*. Pergamon. New York
- White, J. L., Moffitt, T. E., Earls, F., Robins, L. y Silva, P.S. (1990). How early can we tell? Predictors of childhood conduct disorder and adolescent delinquency. *Criminology*, 28, 507-533
- White, J., Moffitt, T., Caspi, A., Bartusch, D., Needles, D. y Stouthamer-Loeber, M. (1994). Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 192-205
- Widiger, T. A., y Lynam, D. R. (1998). *Psychopathy and the five-factor model of personality*. En T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith, y R. D. Davis (Eds.) *Psychopathy: antisocial, criminal, and violent behavior* (pp.171-187). New York, NY: Guilford Press.
- Zuckerman, M. (1983). A biological theory of sensation seeking. Zuckerman, M. (ed). *Biological bases of sensation seeking, impulsivity and anxiety*, 37-76. Hillsdale, Erlbaum: NJ.

## **7. ANEXOS**



## INVENTARIO DE GESTIÓN E INTERVENCIÓN PARA JÓVENES (I.G.I.-J) (Garrido Genovés, V.; López Martín, E. y Silva do Rosario, T.)

Nombre el joven: _____	Sexo: V M	Edad: _____
Fecha de nacimiento: __/__/__	Fecha de la evaluación: __/__/__	

### 1ª Parte: Evaluación de riesgos y necesidades

El IGI-J es una forma de evaluación cuantitativa para el cribado de los atributos de los delincuentes juveniles y de las situaciones relevantes que puede ayudar a decidir sobre el nivel de intervención, supervisión y el tipo de programa más adecuado al caso. Dentro de cada subescala, marque con una "X" todos los ítems que considere estar presentes en la persona evaluada. Si se considera que la subescala contiene elementos que pueden ayudar a la reinserción del joven, indíquelo marcando el cuadrado "Factor Protector" con una "√". Podrá encontrar explicaciones detalladas sobre el significado de cada ítem en el cuadernillo anexo.

#### 1. Delitos y medidas judiciales pasadas y actuales:

- a. Tres o más medidas judiciales anteriores ☐
- b. Incumplimientos y quebrantamientos de medidas judiciales ☐
- c. Medidas en medio abierto ☐
- d. Internamiento en centro de reforma ☐
- e. En el expediente actual tres o más delitos ☐

#### 2. Pautas educativas:

- a. Supervisión inadecuada ☐
- b. Dificultad en controlar el comportamiento ☐
- c. Disciplina inapropiada ☐
- d. Pautas educativas inconsistentes ☐
- e. Malas relaciones (padre-joven) ☐
- f. Malas relaciones (madre-joven) ☐

Factor protector ☐

#### 3. Educación formal/Empleo:

- a. Comportamiento disruptivo en clase/trabajo ☐
- b. Daños en la propiedad de la escuela/trabajo ☐
- c. Bajo regimiento académico/laboral ☐
- d. Problemas con el grupo de iguales ☐
- e. Problemas con los profesores/superiores ☐
- f. Absentismo escolar/laboral ☐
- g. Desempleo /No busca empleo ☐

Factor protector ☐

**Comentarios:**

**Fuente(s) de información:**

**Comentarios:**

**Fuente(s) de información:**

**Comentarios:**

**Fuente(s) de información:**

**4. Relación con el grupo de iguales**

- a. Algunos de sus conocidos son delincuentes ☐
- b. Algún amigo suyo es delincuente ☐
- c. Pocos conocidos son modelos positivos ☐
- d. Ninguno/pocos amigos modelos positivos ☐

**Factor protector** ☐

**5. Consumo de sustancias:**

- a. Consumo ocasional de drogas ☐
- b. Consumo habitual de drogas ☐
- c. Consumo habitual de alcohol ☐
- d. El consumo de drogas interfiere en su vida ☐
- e. Delitos relacionados con el consumo de drogas ☐

**Factor protector** ☐

**6. Ocio/ Diversión:**

- a. Pocas actividades organizadas ☐
- b. Malgasta claramente su tiempo de ocio ☐
- c. No demuestra intereses personales ☐

**Factor protector** ☐

**7. Personalidad/ Conducta:**

- a. Autoestima inflada ☐
- b. Agresividad física ☐
- c. Ataques de cólera ☐
- d. Incapacidad para mantener la atención ☐
- e. Baja tolerancia a la frustración ☐
- f. Sentimientos de culpa inadecuados ☐
- g. Insolente/ agresivo verbalmente ☐

**Factor protector** ☐

**8. Actitudes, valores, creencias:**

- a. Actitudes procriminales/ antisociales ☐
- b. No busca ayuda ☐
- c. Rechaza activamente la ayuda ☐
- d. Desafía a la autoridad ☐
- e. Insensible, poco preocupado por los otros ☐

**Factor protector** ☐

**Comentarios:**

**Fuente(s) de información:**

**Comentarios:**

**Fuente(s) de información:**

**Comentarios:**

**Fuente(s) de información:**

**Comentarios:**

**Fuente(s) de información:**

**Comentarios:**

**Fuente(s) de información:**

## 2ª Parte: Resumen de riesgos y necesidades

Suma el número total de ítems marcados con una "X" dentro de cada subescala y marque el nivel de riesgo obtenido en cada una de ellas. Después suma el número de "X" en la columna A y columna B. Use el total de ambas columnas para completar el Nivel de Riesgo Total Global, en la parte inferior de la página. La marca en las casillas "FP" indica un Factor de Protección. La tabla de abajo puede ser usada como resumen de puntuaciones.

Puntuaciones	Delitos pasados y actuales	Pautas educativas	Educación/empleo	Grupo de iguales	Consumo de drogas	Ocio/diversión	Personalidad/conducta	Actitudes/orientación
Bajo								
Moderado								
Alto								
Factor Protector								

Columna A

Columna B

### 1. Delitos/medidas judiciales pasadas y actuales:

#### Nivel de riesgo

- Bajo (0) ☐
- Moderado (1-2) ☐
- Alto (3-5) ☐



FP

### 5. Consumo de sustancias:

#### Nivel de riesgo

- Bajo (0) ☐
- Moderado (1-2) ☐
- Alto (3-5) ☐

### 2. Pautas educativas:

#### Nivel de riesgo

- Bajo (0-2) ☐
- Moderado (3-4) ☐
- Alto (5-6) ☐

FP

FP

### 6. Ocio/Diversión:

#### Nivel de riesgo

- Bajo (0) ☐
- Moderado (1) ☐
- Alto (2-3) ☐

### 3. Educación Formal/Empleo:

#### Nivel de riesgo

- Bajo (0) ☐
- Moderado (1-3) ☐
- Alto (4-8) ☐

FP

FP

### 7. Personalidad/Conducta:

#### Nivel de riesgo

- Bajo (0) ☐
- Moderado (1-4) ☐
- Alto (5-7) ☐

### 4. Relación con el grupo de iguales:

#### Nivel de riesgo

- Bajo (0-1) ☐
- Moderado (2-3) ☐
- Alto (4) ☐

FP

FP

### 8. Actitudes, valores creencias:

#### Nivel de riesgo

- Bajo (0-1) ☐
- Moderado (1-3) ☐
- Alto (4-5) ☐

#### Nivel de Riesgo Total Global:

Suma de totales de las Columnas A y B =

Bajo: (0-8) ☐ Moderado: (9-22) ☐

Alto: (23-24) ☐ Muy alto: (35-42) ☐

Columna A Total

Columna B Total



### 3ª Parte: Evaluación de otras necesidades y consideraciones especiales

#### 1. Familia/ Padres

- ☐ Historia de delincuencia habitual
- ☐ Problemas emocionales/ psiquiátricos
- ☐ Abuso de alcohol y drogas
- ☐ Conflicto marital
- ☐ Problemas financieros/ de vivienda
- ☐ Padres poco colaboradores
- ☐ Dificultades étnicas/ culturales
- ☐ Padre maltratador
- ☐ Madre maltratadora
- ☐ Trauma familiar significativo (especificar): \_\_\_\_\_
- ☐ Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Comentarios:

---

#### 2. Joven

- ☐ Problemas de salud
- ☐ Minusvalía física (especificar): \_\_\_\_\_
- ☐ Baja inteligencia / Retraso del desarrollo
- ☐ Incapacidad para el aprendizaje
- ☐ Rendimiento escolar por debajo de la edad cronológica
- ☐ Poca habilidad para resolver problemas
- ☐ Víctima de abuso físico/ sexual
- ☐ Víctima de negligencia
- ☐ Timidez/ Retraído(a)
- ☐ Grupo de iguales fuera del rango de edad
- ☐ Deprimido(a)
- ☐ Baja autoestima
- ☐ Actividad sexual inapropiada
- ☐ Actitudes racistas/ sexistas
- ☐ Pocas habilidades sociales
- ☐ Niega la responsabilidad de sus actos
- ☐ Intentos de suicidio
- ☐ Diagnóstico de psicosis
- ☐ Amenazado(a) por otros
- ☐ Historia de agresión física/ sexual
- ☐ Historia de agresión a las figuras de autoridad



- ☐ Antecedentes de uso de armas
- ☐ Antecedentes de piromanía (provocó algún incendio)
- ☐ Historia de huidas
- ☐ Ha estado bajo la tutela/ cuidados de los servicios sociales de protección
- ☐ Condiciones de vida adversas
- ☐ Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Comentarios: (Anotar cualquier consideración relativa al principio de las necesidades incluyendo la necesidad de servicios específicos).

#### 4ª Parte: Evaluación cualitativa del nivel general de riesgo/necesidades del joven

Considerando toda la información disponible, proporcione su estimación del nivel de riesgo para este caso. *Si su estimación del riesgo difiere de la del inventario, por favor explique por qué.*

<b>Nivel de riesgo:</b>	<b>Motivo:</b>	_____
Bajo <input type="checkbox"/>		_____
Moderado <input type="checkbox"/>		_____
Alto <input type="checkbox"/>		_____
Muy alto <input type="checkbox"/>		_____

#### 5ª Parte: Nivel de intervención

Administrativo/ burocrático	<input type="checkbox"/>	_____
Supervisión mínima	<input type="checkbox"/>	_____
Supervisión media	<input type="checkbox"/>	_____
Supervisión máxima	<input type="checkbox"/>	_____

**HIPOTESIS EXPLICATIVA** (breve explicación del porqué el joven mantiene un comportamiento delictivo):

---



---



---



---



---

- ☐ Antecedentes de uso de armas
- ☐ Antecedentes de piromanía (provocó algún incendio)
- ☐ Historia de huidas
- ☐ Ha estado bajo la tutela/ cuidados de los servicios sociales de protección
- ☐ Condiciones de vida adversas
- ☐ Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Comentarios: (Anotar cualquier consideración relativa al principio de las necesidades incluyendo la necesidad de servicios específicos).

#### 4ª Parte: Evaluación cualitativa del nivel general de riesgo/necesidades del joven

Considerando toda la información disponible, proporcione su estimación del nivel de riesgo para este caso. *Si su estimación del riesgo difiere de la del inventario, por favor explique por qué.*

<b>Nivel de riesgo:</b>	<b>Motivo:</b>	_____
Bajo <input type="checkbox"/>		_____
Moderado <input type="checkbox"/>		_____
Alto <input type="checkbox"/>		_____
Muy alto <input type="checkbox"/>		_____

#### 5ª Parte: Nivel de intervención

Administrativo/ burocrático	<input type="checkbox"/>	_____
Supervisión mínima	<input type="checkbox"/>	_____
Supervisión media	<input type="checkbox"/>	_____
Supervisión máxima	<input type="checkbox"/>	_____

**HIPOTESIS EXPLICATIVA** (breve explicación del porqué el joven mantiene un comportamiento delictivo):

---



---



---



---



---

- ☐ Antecedentes de uso de armas
- ☐ Antecedentes de piromanía (provocó algún incendio)
- ☐ Historia de huidas
- ☐ Ha estado bajo la tutela/ cuidados de los servicios sociales de protección
- ☐ Condiciones de vida adversas
- ☐ Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Comentarios: (Anotar cualquier consideración relativa al principio de las necesidades incluyendo la necesidad de servicios específicos).

#### 4ª Parte: Evaluación cualitativa del nivel general de riesgo/necesidades del joven

Considerando toda la información disponible, proporcione su estimación del nivel de riesgo para este caso. *Si su estimación del riesgo difiere de la del inventario, por favor explique por qué.*

Nivel de riesgo:      Motivo: \_\_\_\_\_

Bajo                    ☐ \_\_\_\_\_

Moderado           ☐ \_\_\_\_\_

Alto                    ☐ \_\_\_\_\_

Muy alto             ☐ \_\_\_\_\_

#### 5ª Parte: Nivel de intervención

Administrativo/ burocrático   ☐ \_\_\_\_\_

Supervisión mínima            ☐ \_\_\_\_\_

Supervisión media              ☐ \_\_\_\_\_

Supervisión máxima            ☐ \_\_\_\_\_

**HIPOTESIS EXPLICATIVA** (breve explicación del porqué el joven mantiene un comportamiento delictivo):

---



---



---



---



---

**D. Evaluación del programa de intervención (objetivos de la parte 6ª)**

Revisar los objetivos actuales de la intervención del caso y cualquier progreso/ revisión del programa

1º Objetivo	<input type="checkbox"/> Logrado	<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	<input type="checkbox"/> No logrado
-------------	----------------------------------	---	-------------------------------------

Comentarios:

---

---

---

2º Objetivo	<input type="checkbox"/> Logrado	<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	<input type="checkbox"/> No logrado
-------------	----------------------------------	---	-------------------------------------

Comentarios:

---

---

---

3º Objetivo	<input type="checkbox"/> Logrado	<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	<input type="checkbox"/> No logrado
-------------	----------------------------------	---	-------------------------------------

Comentarios:

---

---

---

4º Objetivo	<input type="checkbox"/> Logrado	<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	<input type="checkbox"/> No logrado
-------------	----------------------------------	---	-------------------------------------

Comentarios:

---

---

---

Firma del responsable de la medida

Fecha: \_\_\_\_\_

**CUADERNILLO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN DEL MENOR MODIFICADO  
(C.R.I.M.-MODIFICADO)**

Nombre y Apellidos: _____	
Procedencia:	<input type="checkbox"/> Medio Abierto Castellón <input type="checkbox"/> Centro de Reeducción Pi Gros
Código del menor: _____	

**A. DATOS SOCIALES**

**A.I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**A.I.1. SEXO**

- ☐ Hombre  
☐ Mujer

**A.I.2. FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

**A.I.3. NACIONALIDAD**

- ☐ España  
☐ Marruecos  
☐ Rumania  
☐ Otro: \_\_\_\_\_

**A.II. DATOS SOCIOFAMILIARES**

**A.II.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES**

Parentesco	Relación Actividad Económica	Ocupación	Nivel de Instrucción	Estado Civil	Problemática asociada
(A.II.1.1)	(A.II.1.2)	(A.II.1.3)	(A.II.1.4)	(A.II.1.5)	(A.II.1.6)

(en parentesco se recogen las personas con las que el menor/joven comparte la casa donde vive, o vivía antes de ingresar en el centro, para ello se utilizan los códigos que aparecen en el Anexo)

**A.II.2. NÚMERO TOTAL DE HERMANOS** (sin contar el menor): \_\_\_\_\_

**A.II.3. LUGAR QUE OCUPA EL MENOR ENTRE LOS HERMANOS:** \_\_\_\_\_

### A.III. DATOS TÉCNICOS/ADMINISTRATIVOS

A.III.1. ¿TIENE O HA TENIDO EXPEDIENTE EN EL SERVICIO DE PROTECCIÓN Y TUTELA?

☐ Sí

☐ No

A.III.2. ¿TIENE O HA TENIDO EXPEDIENTE EN EL SERVICIO DE FAMILIA?

☐ Sí

☐ No

A.III.3. INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE JUDICIAL ACTUAL [DATOS ACERCA DEL DELITO Y MEDIDA JUDICIAL ACTUAL (FIRMES & CAUTELARES)]

TIPO DE DELITO	Medida FIRME (marcar X)	Medida CAUTELAR (marcar X)	TIPO DE MEDIDA IMPUESTA

A.III.4. DATOS ACERCA DE DELITOS Y MEDIDAS JUDICIALES PASADAS (REINCIDENCIA MEDIDA RETROSPECTIVAMENTE)\*

Número de EXPEDIENTES PREVIOS	TIPO DE DELITO ASOCIADO	MEDIDAS JUDICIAL IMPUESTA	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

\*(este apartado sólo se cumplimenta en aquellos menores que tengan más de un expediente judicial o más de un delito juzgado, es importante introducir en la tabla los delitos ordenados según la secuencia temporal en la que se produjeron)

A.III.5. NÚMERO TOTAL DE EXPEDIENTES JUDICIALES QUE PRESENTA EL MENOR: \_\_\_\_\_

## **B. DATOS ESCOLARES/OCUPACIONALES**

### **B.I. DATOS ESCOLARES**

B.I.1. ¿ESTABA EL MENOR ESCOLARIZADO EN EL MOMENTO DEL INICIO DEL CUMPLIMIENTO DE LA MEDIDA ACTUAL IMPUESTA?

1. ☐ Sí.
2. ☐ No.
3. ☐ En el momento de la intervención tiene más de 16 años.
4. ☐ No consta.

B.I.2. ¿REPITIÓ CURSO ALGUNA VEZ?

1. ☐ No.
2. ☐ Sí. ¿Cuántas veces?
3. ☐ No consta.

B.I.3. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO CURSO EN EL QUE HA ESTADO MATRICULADO? \_\_\_\_\_

B.I.4. ¿EN QUÉ CURSO LE CORRESPONDERÍA ESTAR MATRICULADO POR EDAD? \_\_\_\_\_

### **B.II. DATOS LABORALES O FORMATIVOS (SOLO MAYORES DE 16 AÑOS)**

B.II.1. ¿ASISTE A UN MÓDULO FORMATIVO?

1. ☐ Sí.
2. ☐ No.
3. ☐ No consta.

B.II.2. EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR LA MODALIDAD

\_\_\_\_\_

B.II.3. ¿SE ENCUENTRA TRABAJANDO DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE LA MEDIDA?

1. ☐ Sí.
2. ☐ No.
3. ☐ No consta.

B.II.2. EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR

RAMA PROFESIONAL	TIPO DE CONTRATO	TIEMPO



## C. HISTORIA DIAGNÓSTICA

### DI. HISTORIA DIAGNÓSTICA

D.I.1. ¿CONSTA EN EL EXPEDIENTE ALGÚN TIPO DE INFORME DIAGNÓSTICO?

- 1. ☐ Sí.
- 2. ☐ No.
- 3. ☐ No sabe/no contesta

D.I.2. ¿EN CASO AFIRMATIVO, ¿DE DÓNDE PROCEDE EL/LOS INFORMES?

- 1. ☐ Centro de Salud mental
- 2. ☐ Unidad Hospitalaria
- 3. ☐ Hospital Psiquiátrico
- 4. ☐ Equipo psicopedagógico de Educación
- 6. ☐ Otros: \_\_\_\_\_

D.I.3. NO CONSTANDO INFORME DIAGNÓSTICO PREVIO EN EL EXPEDIENTE DEL MENOR, ¿SE DETECTO AL INICIO DE LA INTERVENCIÓN NECESIDADES DE SALUD MENTAL QUE CONDUJERON A SU DERIVACIÓN POSTERIOR?

- 1. ☐ Sí.
- 2. ☐ No.
- 3. ☐ No sabe/no contesta

D.I.4. ¿EN CASO AFIRMATIVO, ¿DÓNDE FUE DERIVADO?

- 1. ☐ Centro de Salud mental
- 2. ☐ Unidad Hospitalaria
- 3. ☐ Hospital Psiquiátrico
- 4. ☐ Equipo psicopedagógico de Educación
- 5. ☐ Unidad de Salud mental adscrita al centro de menores Pi Gros
- 6. ☐ Otros: \_\_\_\_\_

D.I.5. CATEGORÍA DIAGNÓSTICA

- 1. ☐ Trastorno disocial
- 2. ☐ Hiperactividad
- 3. ☐ Déficit intelectual C.I. \_\_\_\_\_
- 4. ☐ Dificultades de aprendizaje: \_\_\_\_\_
- 5. ☐ Otros: \_\_\_\_\_

D.I.6. ¿RECIBE TRATAMIENTO POR ELLO en la actualidad?

- 1. ☐ No
- 2. ☐ Sí
- 3. ☐ No sabe / no contesta

D.I.7. ¿RECIBIÓ TRATAMIENTO EN EL PASADO?

- 1. ☐ No
- 2. ☐ Sí
- 3. ☐ No sabe / no contesta



Anexo III: INVENTARIO CLÍNICO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MACI, Theodore Millon, 1993)



**MACI**  
THEODORE MILLON

• CUADERNILLO •

**INSTRUCCIONES**

Esta prueba consiste en una lista de frases que la gente joven usa para describirse a sí misma. Se presentan aquí para ayudarte a describir tus sentimientos y actitudes. Cuando contestes trata de hacerlo tan honesta y seriamente como puedas, ya que los resultados serán utilizados para ayudarte a conocerte y poder ayudarte a planear tu futuro. No te preocupes si algunas de las frases no te parecen muy corrientes; se han incluido para ayudar a adolescentes con muchos tipos de problemas.

Junto con este cuadernillo se te ha suministrado una hoja de respuestas en la que se explica cómo debes utilizarla para responder al Inventario.

Trata de responder a todas las frases aun cuando no estés seguro de tu decisión.

No hay límite de tiempo para completar el inventario, aunque es mejor trabajar a un ritmo rápido pero cómodo.

No hagas ninguna marca en este cuadernillo.

**LOS RESULTADOS DE ESTA PRUEBA SON CONFIDENCIALES**

**NO ABRAS ESTE CUADERNILLO HASTA QUE TE LO INDIQUEN**



Copyright © 1993 by DICANDRIEN, INC. Publicado por National Computer Systems, Inc, Minneapolis, EEUU.  
Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si te presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.

- 1 Yo prefiero mucho más seguir a otro en vez de mandar.
- 2 Estoy bastante seguro de que sé quién soy y de lo que quiero en la vida.
- 3 Yo no necesito tener amistades íntimas como los otros jóvenes.
- 4 A menudo me fastidia hacer las cosas que los otros quieren que haga.
- 5 Me esfuerzo al máximo para no herir los sentimientos de otras personas.
- 6 Puedo confiar en que mis padres serán comprensivos conmigo.
- 7 Algunas personas piensan de mí que soy un poco creído.
- 8 Nunca tomaría drogas, pasase lo que pasase.
- 9 Siempre trato de hacer lo que es adecuado.
- 10 Me gusta mi aspecto.
- 11 Aunque a veces me descontrolo comiendo, odio cuando aumento de peso.
- 12 Parece que nada de lo que pasa me hace sentir ni triste ni feliz.
- 13 Parece que tengo problemas para llevarme bien con otros adolescentes de mi edad.
- 14 Me da mucha vergüenza contarle a otras personas cómo abusaron de mí.
- 15 Nunca he hecho nada por lo que hubiera podido ser arrestado.
- 16 Pienso que todos estarían mejor si yo estuviera muerto.
- 17 A veces, cuando estoy lejos de mi casa, empiezo a sentirme tenso y con miedo.

- 18 Generalmente actúo de forma rápida, sin pensar.
- 19 Supongo que soy un quejica que espera que pase lo peor.
- 20 No es raro sentirse solo y no deseado.
- 21 El castigo nunca me ha frenado para hacer lo que yo quería.
- 22 Parece ser que la bebida ha sido un problema para varios miembros de mi familia.
- 23 Me gusta seguir instrucciones y hacer lo que otros esperan de mí.
- 24 Me parece que encajo enseguida en cualquier grupo de chicos o chicas.
- 25 Muy poco de lo que he hecho ha sido apreciado por los demás.
- 26 Odio no tener ni el aspecto ni la inteligencia que quisiera tener.
- 27 Me gusta mi hogar.
- 28 Algunas veces meto miedo a otros chicos o chicas para que hagan lo que yo quiero.
- 29 Aunque la gente me dice que estoy delgado o delgada, yo sigo creyendo que peso demasiado.
- 30 Cuando tomo unas copas me siento más seguro de mí mismo.
- 31 La mayoría de la gente es más atractiva que yo.
- 32 Cuando estoy en medio de una multitud, a menudo siento que me va a dar un ataque de pánico o que me voy a desmayar.
- 33 A veces me provocho el vómito después de comer mucho.



NO TE DETENGAS. CONTINÚA  
EN LA PÁGINA SIGUIENTE.



- 34 Con frecuencia me siento como si no tuviera rumbo, como perdido en la vida.
- 35 Parece que no les caigo bien a la mayoría de los jóvenes.
- 36 Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo o sola.
- 37 Implicarse en los problemas de otros es una pérdida de tiempo.
- 38 Muchas veces siento que otros no quieren ser amistosos conmigo.
- 39 No me importa mucho lo que otros jóvenes piensan de mí.
- 40 Solía «colocarme» tanto (con alcohol o drogas) que no sabía lo que estaba haciendo.
- 41 No me importa decirle a la gente cosas que no le gusta oír.
- 42 Me veo a mí mismo muy lejos de lo que en realidad me gustaría ser.
- 43 Las cosas en mi vida van de mal en peor.
- 44 Tan pronto como tengo el impulso de hacer algo, lo hago.
- 45 A mí nunca me han llamado «delincuente juvenil».
- 46 Con frecuencia yo soy mi peor enemigo.
- 47 Muy pocas cosas o actividades parecen darme placer.
- 48 Siempre pienso en ponerme a dieta, aun cuando la gente me dice que estoy demasiado delgado o delgada.
- 49 Es muy difícil, para mí, sentir lástima por las personas que siempre están preocupadas por alguna cosa.
- 50 Es bueno tener una rutina para hacer la mayoría de las cosas.

- 51 No creo tener tanto interés por el sexo como la gente de mi edad.
- 52 No veo nada malo en utilizar a otros para conseguir lo que quiero.
- 53 Preferiría estar en cualquier lugar en vez de en casa.
- 54 A veces me siento tan desbordado que querría dañarme gravemente.
- 55 No creo haber sido abusado sexualmente.
- 56 Soy un tipo de persona teatral a quien le gusta llamar la atención.
- 57 Puedo beber más cerveza o licor que la mayoría de mis amigos.
- 58 Los padres y maestros son demasiado duros con los jóvenes que no siguen las reglas.
- 59 Me gusta mucho coquetear (ligar).
- 60 No me molesta ver a alguien sufriendo.
- 61 Al parecer no tengo muchos sentimientos por los demás.
- 62 Disfruto pensando en el sexo.
- 63 Me preocupa mucho pensar en que me dejen solo y abandonado.
- 64 Con frecuencia estoy triste y siento que nadie me quiere.
- 65 Se supone que debo ser delgado o delgada, pero siento que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 66 Con frecuencia me lo merezco cuando los otros me critican.
- 67 La gente me presiona para que haga más de lo que es justo.
- 68 Creo que tengo un buen cuerpo.



NO TE DETENGAS. CONTINÚA  
EN LA PÁGINA SIGUIENTE.





- 69 Socialmente, siento que me dejan de lado.
- 70 Hago amigos y amigas fácilmente.
- 71 Soy una persona un tanto asustadiza y ansiosa.
- 72 Odio recordar algunas de las formas en que abusaron de mí.
- 73 No soy diferente a muchos jóvenes que roban cosas de vez en cuando.
- 74 Prefiero actuar primero y pensarlo después.
- 75 He pasado por periodos en los que he fumado «canutos» varias veces a la semana.
- 76 Hay tantas normas en mi camino, que es difícil hacer lo que quiero.
- 77 Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta crear un poco de emoción.
- 78 A veces yo haría algo cruel para hacer infeliz a alguien.
- 79 Paso mucho tiempo preocupándome acerca de mi futuro.
- 80 Con frecuencia siento que no me merezco las cosas buenas que hay en mi vida.
- 81 Me da un poco de tristeza cuando veo a alguien que se siente solo.
- 82 Como poco delante de otros, pero después me atiborro cuando estoy solo o sola.
- 83 Mi familia siempre está gritando y peleándose.
- 84 A veces me siento muy infeliz de ser quien soy.
- 85 Al parecer yo no disfruto estando con gente.

- 86 Tengo ciertas capacidades que otros jóvenes quisieran tener.
- 87 Me siento muy incómodo con la gente, a menos que esté seguro de que realmente les gusto.
- 88 Matarme sería la manera más fácil de resolver mis problemas.
- 89 A veces me confunde o me turba que la gente sea amable conmigo.
- 90 La bebida parece que me ayuda mucho cuando me siento deprimido.
- 91 Casi nunca espero algún acontecimiento con placer o emoción.
- 92 Soy muy bueno inventando excusas para salir de los problemas.
- 93 Es muy importante que los niños aprendan a obedecer a los mayores.
- 94 El sexo es algo placentero.
- 95 A nadie le importa realmente si yo vivo o si me muero.
- 96 Deberíamos respetar a nuestros mayores y no pensar que nosotros sabemos más.
- 97 A veces siento placer lastimando a alguien físicamente.
- 98 A veces me siento mal después de que me haya pasado algo bueno.
- 99 No creo que la gente me vea como una persona atractiva.
- 100 Socialmente soy solitario, pero no me importa.
- 101 Casi todo lo que intento me resulta fácil.
- 102 Hay veces en las que siento que soy mucho más joven de lo que realmente soy.



NO TE DETENGAS, CONTINÚA  
EN LA PÁGINA SIGUIENTE.



103 Me gusta ser el centro de atención.

104 Si quiero hacer algo, simplemente lo hago, sin pensar en lo que pueda pasar.

105 Tengo un temor terrible de que, por muy delgado o delgada que esté, volveré a subir de peso si como.

106 No me acerco mucho a las personas porque me da miedo que se burlen de mí.

107 Cada vez con más frecuencia he pensado en terminar con mi vida.

108 A veces me rebajo a mí mismo para que otra persona se sienta mejor.

109 Me da mucho miedo cuando pienso en estar completamente solo en el mundo.

110 Las cosas buenas no duran.

111 He tenido algunos choques con la ley.

112 Me gustaría cambiar mi cuerpo por el de alguna otra persona.

113 Hay muchas ocasiones en las que desearía ser mucho más joven de nuevo.

114 No he visto un automóvil en los últimos diez años.

115 Otras personas de mi edad parecen estar más seguras que yo de saber quiénes son y lo que quieren.

116 Muchas veces me desconcierta pensar en el sexo.

117 Hago lo que quiero sin preocuparme de si afecta a otros.

118 Muchas de las cosas que hoy parecen buenas, se volverán malas más adelante.

119 Parece que la gente de mi edad nunca me llama para que salgamos juntos.

120 Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin un «canuto».

121 Yo hago que mi vida sea peor de lo que debería ser.

122 Prefiero que me digan lo que tengo que hacer en lugar de tener que decidir por mí mismo.

123 He intentado suicidarme, en el pasado.

124 Me pego grandes atracones de comida un par de veces a la semana.

125 Últimamente parece que me deprimó por cosas pequeñas.

126 El año pasado crucé el Atlántico en avión 30 veces.

127 Hay veces en las que preferiría ser otra persona.

128 No me importa tratar mal a la gente para demostrar mi poder.

129 Me avergüenzo de algunas cosas terribles que me han hecho los adultos.

130 Intento hacer todo lo que hago lo más perfectamente que puedo.

131 Estoy contento con la forma en que mi cuerpo se ha desarrollado.

132 Con frecuencia me asusto cuando pienso en las cosas que tengo que hacer.

133 Últimamente me siento inquieto y nervioso casi todo el tiempo.

134 Yo acostumbraba a probar drogas duras para ver el efecto que hacían.

135 Con mi simpatía puedo conseguir que la gente me dé casi todo lo que quiero.



NO TE DETENGAS. CONTINÚA  
EN LA PÁGINA SIGUIENTE.





- 136 Muchos otros jóvenes consiguen oportunidades que yo no consigo.
- 137 Hubo personas que hicieron cosas sexuales conmigo cuando yo, todavía, no podía entender.
- 138 Con frecuencia sigo comiendo hasta que me siento enfermo o enferma.
- 139 En un grupo, yo me burlaría de alguien sólo para humillarle.
- 140 No me gusta ser la persona en la que me he convertido.
- 141 Al parecer siempre echo a perder las cosas buenas que me pasan.
- 142 Aunque quiero tener amigos, no tengo casi ninguno.
- 143 Me agrada que ahora los sentimientos acerca del sexo se hayan convertido en una parte de mi vida.
- 144 Soy capaz de pasar mucha hambre con tal de ser más delgado o delgada de lo que soy.
- 145 Soy muy maduro para mi edad y sé lo que quiero hacer en la vida.
- 146 En muchas cosas me siento muy superior a la mayoría de la gente.
- 147 Mi futuro me parece sin esperanza.
- 148 A mis padres les ha costado mucho mantenerme en el camino recto.
- 149 Cuando no me salgo con la mía, me descontrolo fácilmente.
- 150 A veces me divierte hacer ciertas cosas que son ilegales.
- 151 Supongo que dependo demasiado de otros para que me ayuden.
- 152 Mis amigos y yo podemos acabar muy borrachos cuando lo estamos pasando bien.

- 153 La mayor parte del tiempo me siento solo y vacío.
- 154 Me siento totalmente sin objetivos y sin saber adónde voy.
- 155 Decir mentiras es una cosa muy normal.
- 156 He estado pensando en cómo y cuándo suicidarme.
- 157 Me gusta provocar peleas.
- 158 Hay veces en las que parece que no le importo a nadie en mi casa.
- 159 Es bueno tener una forma regular de hacer las cosas para no cometer errores.
- 160 Probablemente me merezco muchos de los problemas que tengo.



FIN DE LA PRUEBA.  
POR FAVOR, COMPRUEBA  
QUE NO HAS DEJADO  
NINGUNA FRASE SIN  
CONTESTAR.

